

**Mestrado em Enfermagem**  
**Área de Especialização de Enfermagem de**  
**Reabilitação**

Relatório de Estágio

**Promoção da Funcionalidade da Criança com**  
**Alteração da Mobilidade Decorrente de Causa**  
**Congénita ou Neurológica**


**Marisa Solange da Silva Paulo**

Orientador: Professora Doutora Maria do Céu Sá

**Lisboa**

**2017**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública





“Tenho em mim todos os sonhos do mundo”

Fernando Pessoa



## **AGRADECIMENTOS**

Um muito obrigado à Professora Doutora Maria do Céu Sá pela sua orientação e disponibilidade, que em muito contribuíram para o meu desenvolvimento pessoal e profissional, enquanto futura Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação.

Aos enfermeiros com quem ao longo do ensino clínico tive o prazer de trabalhar, pela colaboração e disponibilidade com que me acolheram.

Um especial obrigado às enfermeiras orientadoras pelo seu tempo, disponibilidade e, acima de tudo, pelos contributos pessoais e profissionais, para o desenvolvimento do meu conceito de Enfermagem de Reabilitação.

Aos meus familiares e amigos, já que sem o seu apoio, amizade e compreensão, não seria possível concluir esta fase tão importante e delicada da minha vida.

Aos colegas de curso pelos debates, discussões, colaboração e apoio.

A todos aqueles que contribuíram para a elaboração deste relatório e, aqui não foram mencionados, obrigado.



## **SIGLAS E ABREVIATURAS**

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

DGS – Direção-Geral da Saúde

WHO – World Health Organization

PQCEER – Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação

CIF – Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde

OE – Ordem dos Enfermeiros

CDE – Código Deontológico do Enfermeiro

ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

e.g. – (exempli gratia) por exemplo





## RESUMO

O presente relatório de estágio tem como finalidade espelhar o percurso formativo de aquisição de competências comuns de Enfermeiro Especialista e específicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, através da descrição analítica das aprendizagens e atividades desenvolvidas ao longo do ensino clínico, para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

Na infância, a aquisição de um vasto leque de capacidades motoras é o ponto de partida para o desenvolvimento da funcionalidade, possibilitando à criança o controlo do seu corpo em diferentes posturas e ambientes, fundamentais à sua independência e participação social.

Na criança várias são as situações que resultam em incapacidade, sendo as mais frequentes de ordem congénita ou adquiridas, que podem originar limitação funcional em diversos níveis - motor, sensorial, cognitivo e da linguagem - com repercussão nas atividades de vida diária da criança.

A intervenção de enfermagem, com vista a maximização da funcionalidade e prevenção de complicações, torna-se necessária para garantir na quantidade e qualidade necessárias os requisitos de autocuidado universais, de desenvolvimento e de desvio de saúde, conforme explicitado na Teoria de Enfermagem do Défice de Autocuidado de Dorothea Orem, referencial teórico que orienta este relatório.

Pelo exposto, torna-se primordial a intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, através da conceção, implementação e monitorização de planos de enfermagem de reabilitação, baseados nos problemas reais e potenciais da criança/família, com vista à promoção da saúde, prevenção de complicações secundárias, tratamento e reabilitação, maximizando o seu potencial.

Palavras-chave: Enfermeiro de Reabilitação; Criança; Alteração Congénita; Alteração Neurológica; Funcionalidade.



## **ABSTRACT**

This report aims to reflect the formative course of acquisition of common skills of Specialist Nurse and specific of Rehabilitation Specialist Nurse, through the analytical description of the learning and activities developed throughout clinical teaching, to obtain the Master degree in Nursing, at the Nursing School of Lisbon.

In childhood, the acquisition of a wide range of motor skills is the starting point for the development of functionality, allowing children to control their body in different postures and environments, fundamental to their independence and social participation.

In the child there are several situations that result in incapacity, being the most frequent of congenital or acquired order, that can cause functional limitation in several levels - motor, sensorial, cognitive and of the language - with repercussion on activities of daily living.

Nursing intervention, in order to maximize functionality and to prevent complications, becomes necessary when parents or caregivers are not able to guarantee in quantity and quality the satisfaction of universal, developmental and health deviation self-care requisites, as explained in Dorothea Orem's *Self-Care Deficit Theory of Nursing*, a theoretical framework that guides this report.

Therefore, the intervention of the Rehabilitation Specialist Nurse, through the conception, implementation and monitoring of rehabilitation nursing plans, based on the real and potential problems of the child/family, with a view to health promotion, prevention of complications, treatment and rehabilitation is paramount, maximizing their potential.

Key-words: Rehabilitation Nurse; Child; Congenital Disorder; Neurological Disorder; Functionality.



## **Índice**

Introdução .....	9
1. Enquadramento Teórico .....	17
1.1 A criança com alteração da mobilidade .....	17
1.2 A intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na promoção do autocuidado da criança com alteração da mobilidade .....	19
2. Descrição e análise crítica das atividades desenvolvidas .....	25
2.1 Competências comuns do enfermeiro especialista .....	25
2.1.1 Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal .....	26
2.1.2 Domínio da melhoria da qualidade .....	27
2.1.3 Domínio da gestão dos cuidados .....	29
2.1.4 Domínio do Desenvolvimento das aprendizagens profissionais .....	33
2.2 Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação .....	34
2.2.1 Cuida de Pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos de prática de cuidados .....	35
2.2.2 Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania .....	38
2.2.3 Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa .....	46
3. Avaliação das aprendizagens desenvolvidas .....	49
Considerações finais e perspetivas para o futuro .....	55
Referências Bibliográficas	
APÊNDICE I - PROJETO DE ESTÁGIO	
APÊNDICE II - ESCALA DE AVALIAÇÃO DA DOR	
APÊNDICE III - ESCALA DE AVALIAÇÃO DA DISPNEIA	
APÊNDICE IV - MANUAL DE INTEGRAÇÃO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO	
APÊNDICE V - LIVRO DE EXERCÍCIOS FACIAIS	
APÊNDICE VI - AVALIAÇÕES ENSINO CLÍNICO	



## INTRODUÇÃO

O presente Relatório de Estágio, que se intitula “Promoção da Funcionalidade da Criança com Alteração da Mobilidade Decorrente de Causa Congénita ou Neurológica” foi elaborado no âmbito da unidade curricular Estágio com Relatório do 7º Curso de Mestrado em Enfermagem - Área de Especialização de Enfermagem de Reabilitação, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL).

Este teve como ponto de partida o projeto de estágio (Apêndice I) intitulado com o mesmo nome e tem como finalidade espelhar o percurso formativo de aquisição de competências comuns<sup>1</sup> de Enfermeiro Especialista e específicas<sup>2</sup> de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER), através da descrição analítica das aprendizagens e atividades desenvolvidas ao longo do ensino clínico para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem.

Atualmente vivemos numa sociedade em transformação, em que constantemente assistimos a mudanças de paradigmas em áreas como a política, economia e, na saúde não é diferente. Segundo Watson & Foster (2003), os problemas que comprometem a qualidade dos cuidados, agravados por um sistema de saúde onde os cuidados são cada vez mais orientados por uma tendência tecnológica, de diagnóstico e de tratamento das doenças agudas, levam os enfermeiros a travar uma luta pela identidade e sobrevivência da sua profissão face à opinião pública.

Neste sentido, a renovação e desenvolvimento de novos conhecimentos, tendo em vista a melhoria da qualidade dos cuidados é crucial para dar respostas aos constantes desafios que surgem na área da saúde e na disciplina de Enfermagem. Assim sendo, é imperativo apostar na formação permanente, pelo que o enfermeiro deve estar consciente de que a formação inicial constitui apenas o ponto de partida,

---

<sup>1</sup> São “competências partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de concepção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efectivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria” (Regulamento n.º 122/2011, 2011, p. 8649).

<sup>2</sup> São “competências que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas” (Regulamento n.º 122/2011, 2011, p. 8649).

em que qualquer tipo de restrição significará uma limitação no processo de formação e desenvolvimento profissional (Sousa, 2003), pelo que se torna primordial a aquisição de novas competências, conceito entendido como “um saber agir responsável e reconhecido, que implica mobilizar, integrar, transferir conhecimentos, recursos e habilidades, que agreguem valor econômico à organização e valor social ao indivíduo” (Fleury & Fleury, 2001, p.6).

Neste sentido, é nosso desafio a concretização deste relatório, uma vez que durante a infância a criança adquire um conjunto de capacidades motoras, que lhe permitem explorar o ambiente envolvente e desenvolver esquemas organizacionais, que no futuro lhe permitirão manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e as atividades de vida, atingindo assim um elevado nível de funcionalidade<sup>3</sup> no que diz respeito às funções do corpo e à atividade e participação (Direcção-Geral da Saúde [DGS], 2004). Também Piaget na sua teoria do desenvolvimento cognitivo explora a relação da aquisição de habilidades motoras com as habilidades cognitivas, assumindo que a criança nasce com determinada informação genética, que com a interação/exploração do ambiente físico e social é ativada e moldada, tornando-se num adulto capaz (Hockenberry & Wilson, 2014).

Assim, a mobilidade<sup>4</sup> permite à pessoa movimentar-se no seu ambiente, com o objetivo de satisfazer as suas necessidades básicas e atividades de vida diária, de autodefesa e de expressar emoções (Potter & Perry, 2006). Outros autores, como Zonta, Júnior & Santos (2011) e Bobath & Bobath (1956), referem ainda que o movimento é fundamental para a independência e, na criança influencia a capacidade de se adaptar à sociedade, em que a aprendizagem do movimento resulta da interação sensorial, que lhe permite construir padrões sensoriais e motores essenciais às atividades funcionais.

---

<sup>3</sup> Funcionalidade é termo usado para as funções e estruturas do corpo, atividades e participação, correspondendo aos aspetos positivos da interação entre o indivíduo (com uma condição de saúde) e os fatores contextuais (ambientais e pessoais) (DGS, 2004).

<sup>4</sup> Mobilidade diz respeito à componente das atividades e participação e, está relacionada com o movimento, no que concerne às capacidades de mudar e manter a posição do corpo; transportar, mover e manusear objetos; andar e deslocar-se e deslocar-se utilizando transporte (DGS, 2004).



Em pediatria, o conceito de pessoa traduz-se no binómio criança e família, sendo a primeira toda a pessoa com menos de 18 anos (ou até aos 21 anos em caso de doença crónica, incapacidade e deficiência) (Regulamento n.º 351/2015, 2015). Incluir a família nos cuidados é incontornável uma vez que a criança é dependente desta para a satisfação das suas necessidades de crescimento e desenvolvimento, conforme caminha para uma progressiva autonomia (Regulamento n.º 351/2015, 2015). Pelo exposto, ao longo do projeto assume-se criança como conceito representativo do cliente pediátrico.

A *Global Burden of Disease* estima que da população com idades compreendidas entre os 0 e 14 anos, 93 milhões (5,1%) apresenta uma incapacidade<sup>5</sup> moderada e 13 milhões (0,7%) apresenta uma incapacidade grave (World Health Organization [WHO], 2008).

No sentido de compreender o estado de arte da temática, numa fase inicial, foi elaborada uma pesquisa de produção científica (Apêndice I) sob a questão<sup>6</sup> “De que modo o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação promove a funcionalidade da criança com alteração da mobilidade decorrente de causa congénita<sup>7</sup> ou neurológica<sup>8</sup>?”.

Da pesquisa efetuada foi possível constatar que é escassa a evidência científica na área de enfermagem no que concerne a intervenções que visem a maximização/manutenção da função motora da criança com alteração da mobilidade, no entanto, esta é preocupação de outras disciplinas.

---

<sup>5</sup> Incapacidade é o termo usado para descrever deficiência, limitação da atividade e restrição na participação, correspondendo aos aspetos negativos da interação entre o indivíduo (com uma condição de saúde) e os fatores contextuais (ambientais e pessoais) (DGS, 2004).

<sup>6</sup> Questão elaborada segundo a mnemónica PCC, em que o “P” de população corresponde a criança com alteração congénita ou neurológica; o “C” diz respeito ao conceito funcionalidade e o último “C” que corresponde ao contexto.

<sup>7</sup> Alteração congénita: anomalia estrutural ou funcional que ocorre durante a vida intrauterina e que pode ser identificada no nascimento ou posteriormente ([www.who.int/mediacentre/factsheets/fs370/en/](http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs370/en/), 2016).

<sup>8</sup> Alteração neurológica: doenças do sistema nervoso central ou periférico como a epilepsia, demências, acidente vascular cerebral, traumatismo crânio-encefálico, entre outras (<http://www.who.int/features/qa/55/en/>, 2016).

Consideramos este assunto pertinente uma vez que o Colégio de Especialidade de Enfermagem de Reabilitação (2015) identifica as intervenções autónomas do EEER na área da função motora como áreas de investigação prioritária de maior interesse para a especialidade, para além de se tratar de um tema de interesse pessoal. Por outro lado exercemos funções num serviço de internamento de pediatria que nos últimos anos tem assistido crianças com diagnóstico de paralisia cerebral, traumatismo crânio-encefálico e acidente vascular cerebral que, devido à sua condição de saúde, beneficiariam de cuidados especializados promotores de autocuidado, centrados na criança e família, de modo a maximizar/manter as capacidades e prevenir complicações, garantindo que eventuais incapacidades resultem da sua condição de saúde e não devido à ausência de cuidados especializados.

Cuidar, a mãe de todas as artes, sem a qual não poderia existir vida, o berço de todas as culturas, consiste em "manter a vida garantindo a satisfação de um conjunto de necessidades indispensáveis à vida, mas que são diversificadas na sua manifestação" (Collière, 2003, p. 287). Esta diversidade de necessidades indispensáveis à vida pode ser entendida como cuidados que promovam a vida e o autocuidado, a maximização da funcionalidade, e que previnam a ocorrência de complicações que possam interferir na participação social da pessoa - reabilitar.

A reabilitação consiste na implementação de um conjunto de medidas que, segundo a WHO (2011), ajudam os indivíduos que experienciam deficiência (ou estão vulneráveis a experienciá-la) a atingir e/ou manter o funcionamento ideal em interação com o contexto em que se inserem. Também para Hesbeen (2003), reabilitar pressupõe uma abordagem multidisciplinar e envolve o testemunho de um espírito particular, "o do interesse sentido pelo futuro da pessoa, mesmo quando a cura ou a reparação do seu corpo deixam de ser possíveis" (Hesbeen, 2003, p. XI), cujo foco de atenção e ação são dirigidas à pessoa.

O elevado número de crianças com deficiência ou com risco de atraso no desenvolvimento, devido aos avanços médicos e tecnológicos, torna primordial o reforço da intervenção precoce e a implementação de centros de desenvolvimento,

bem como de programas de cuidados continuados e paliativos pediátricos (Regulamento n.º 350/2015, 2015). Neste sentido, uma intervenção atempada e precoce no que diz respeito a medidas que promovam o crescimento e desenvolvimento das capacidades humanas, tornará crianças com alterações nas estruturas ou funções do corpo mais capazes garantindo o seu direito à participação social.

De acordo com os enunciados descritivos enumerados no Regulamento n.º 350/2015 de 22 de Junho da Ordem dos Enfermeiros (OE), referente aos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem de Reabilitação, nomeadamente no que diz respeito ao bem-estar e autocuidado, é da competência do EEER "a prescrição das intervenções para otimizar e/ou reeducar a função: motora, sensorial, cognitiva, cardiorrespiratória, da alimentação, da eliminação e da sexualidade." (2015, p. 16658).

Considerada uma das bases teóricas que sustenta a prática de cuidados de enfermagem de reabilitação (Regulamento n.º 350/2015, 2015), a Teoria de Enfermagem do Défice de Autocuidado de Dorothea Orem é constituída por três constructos teóricos interrelacionados, Teoria do Autocuidado, Teoria do Défice de Autocuidado e Teoria dos Sistemas de enfermagem. O autocuidado "*is the practice of activities that individuals initiate and perform on their own behalf in maintaining life, health, and well-being*" (Orem, 2001, p.43), um processo de manutenção da saúde e de gestão da doença através de práticas consideradas positivas (Petronilho, 2012).

A intervenção de enfermagem é necessária quando os pais, ou responsáveis, não são autónomos na satisfação das necessidades da criança, ou seja, não são capazes de garantir na quantidade e qualidade necessárias os requisitos de autocuidado universais, de desenvolvimento e de desvio de saúde (Orem, 2001), com vista a manutenção/maximização da funcionalidade e prevenção de complicações, devido à condição de saúde de criança, surgindo o défice de autocuidado. Nestas situações, a estrutura e orientação da intervenção do EEER será condicionada pela capacidade dos pais em dar resposta às necessidades da criança com alteração da mobilidade, podendo estas serem satisfeitas pelo

enfermeiro (sistema totalmente compensatório), pelos pais ou por ambos (sistema parcialmente compensatório), com o objetivo final de atingir o sistema de apoio-educação, em que os pais são autônomos - Teoria dos Sistemas de Enfermagem (Petronilho, 2012).

Assim, para a garantia da eficácia das intervenções é necessário que o plano de cuidados seja construído com a criança e família, garantindo assim cuidados centrados na pessoa, o que implica avaliar e usar a sua experiência subjetiva sobre a doença; reconhecendo a pessoa e não só a doença como foco dos cuidados e, individualizar a intervenção de forma que esta reflita a singularidade e individualidade da mesma (Edvardsson & Innes, 2010).

O desenvolvimento profissional consiste num processo coletivo e individual, em contexto formal ou informal, de aquisição de competências, através da integração de diferentes oportunidades, experiências e atividades criteriosamente sistematizadas em torno de um conjunto de objetivos para promover o crescimento e desenvolvimento profissional (Marcelo, 2009).

O presente relatório de estágio baseou-se em quatro pilares orientadores: Regulamento das Competências Comuns e Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação (PQCEER) e a Teoria de Enfermagem do Défice de Autocuidado de Dorothea Orem.

Neste sentido, embora a temática central do projeto se desenvolva em torno dos conceitos anteriormente enunciados, a aquisição de competências de EEER não se esgota nesta problemática, pelo que este foi desenvolvido em dois contextos de saúde diferentes pelo tipo de população e realidade de cuidados, tornando o processo de aprendizagem numa experiência enriquecedora. Dada a realidade encontrada em cada contexto houve a necessidade de reformular os objetivos gerais que orientaram as atividades desenvolvidas ao longo do ensino clínico:

- Desenvolver competências de enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação no cuidado à pessoa ao longo do ciclo de vida, nos diferentes

contextos de cuidados, com vista à maximização da funcionalidade, controlo de sintomas e prevenção de complicações a nível motor, sensorial, cognitivo, cardiorrespiratório, da alimentação, da eliminação e da sexualidade.

- Desenvolver competências especializadas em enfermagem de reabilitação no cuidado à criança/família com alteração da mobilidade decorrente de causa congénita ou neurológica com vista à maximização da funcionalidade.
- Desenvolver competências especializadas em enfermagem de reabilitação na reintegração da pessoa/criança/família na comunidade.

O primeiro ensino clínico decorreu no período de 26 de Setembro a 25 de Novembro de 2016 na Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) de uma Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) da área de Lisboa. Durante este período tive a oportunidade de cuidar de uma população na sua grande maioria idosa, com variáveis graus de dependência e que tinha como cuidador principal um familiar.

A última fase deste processo decorreu de 7 de Dezembro de 2016 a 9 de Fevereiro de 2017 no serviço de internamento de pediatria de um Centro de Reabilitação da área de Lisboa, onde cuidámos de crianças, de diferentes idades, com incapacidades decorrentes de situações como paralisia cerebral, traumatismo vertebro-medular, traumatismo crânio-encefálico e encefalite.

Relativamente à estrutura deste documento, ele encontra-se dividido em quatro partes. A primeira diz respeito a esta introdução onde de modo sucinto é exposto a problemática e a sua contextualização, a pertinência do tema, os objetivos gerais e competências definidas, a filosofia de cuidados que sustentou o projeto bem como os contextos de implementação do mesmo. No capítulo seguinte, o enquadramento teórico, é apresentado o estado da arte da problemática da criança com alteração da mobilidade. A terceira parte prende-se com a descrição das atividades desenvolvidas em função dos objetivos e competências do EEER e com a análise e reflexão dos resultados obtidos, à luz dos quatro pilares, anteriormente descritos, que sustentam o relatório. Segue-se a avaliação das aprendizagens desenvolvidas, que sistematiza pontos fracos e fortes relevantes para este processo formativo e o contributo do relatório para a melhoria da qualidade dos cuidados. Por fim, as

considerações finais e perspectivas de trabalho futuro, que de um modo geral consiste na avaliação de todo o percurso formativo e na apresentação outras possíveis formas de abordar a temática.

## **1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO**

Na criança diversas são as situações que resultam em incapacidade, nomeadamente alteração da mobilidade, podendo assim comprometer o seu desenvolvimento, participação social e dinâmica familiar. A implementação de um programa de reeducação funcional motora pode traduzir-se numa melhoria da qualidade de vida destas crianças, ao maximizar o seu potencial funcional. A eficácia deste programa está, então, dependente de uma abordagem multidisciplinar, na qual o EEER Reabilitação desempenha um papel fundamental no diagnóstico, implementação, monitorização e avaliação dos resultados obtidos, assegurando a manutenção das capacidades funcionais e prevenindo complicações associadas.

Assim, o próximo capítulo pretende explorar a temática da criança com a alteração da mobilidade, as implicações para a satisfação dos requisitos de autocuidado universais e de que modo o EEER pode, em parceria com a criança e família, maximizar a sua funcionalidade.

### **1.1 A criança com alteração da mobilidade**

De acordo com Haubenstricker & Seefeldt (1986) citados por Ferreira et al (2009), na infância, a aquisição de um vasto leque de capacidades motoras é o ponto de partida para o desenvolvimento da funcionalidade, possibilitando à criança o controlo do seu corpo em diferentes posturas e ambientes. Outros autores referem ainda que o movimento é fundamental para a independência e, na criança influencia a capacidade de se adaptar à sociedade, sendo que a aprendizagem do movimento resulta da interação sensorial, que lhe permite construir padrões sensório-motores essenciais às atividades funcionais (Zonta, Júnior & Santos, 2011; Bobath & Bobath, 1956).

Em 2001, com a mudança do paradigma biomédico para o paradigma biopsicossocial surge a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), traduzida para português em 2004. Neste paradigma, cuidar em plenitude implica estar consciente das relações dinâmicas entre as dimensões

biológica, psicológica e social da pessoa, determinantes na vivência dos processos de saúde e doença (Engel, 2012).

Indo ao encontro aos pressupostos da CIF, em que o indivíduo é resultado da interação com o meio e fatores pessoais e contextuais, outros autores defendem que a criança é produto da evolução adaptativa da espécie, da informação genética herdada, do ambiente físico, social e cultural no qual está inserida e das experiências de interação que daí resultam (Umphred, 2010; Pinto, 2009). Assim, na criança, a alteração da mobilidade pode levar à restrição da participação e limitação da atividade, próprias da sua idade, afetando a sua interação com a família e pares.

De acordo com Amorim (2010), na criança várias são as situações que resultam em incapacidade, sendo as mais frequentes de ordem congénita (e.g.: paralisia cerebral, espinha bífida, doenças neuromusculares, síndromes genéticas, doenças metabólicas, paralisia obstétrica do plexo braquial) ou adquiridas (e.g.: traumatismo crânio-encefálico, acidente vascular cerebral, traumatismo vertebro-medular, infeções e patologia do sistema nervoso central e artrite crónica juvenil), que podem originar limitação funcional em diversos níveis - motor, sensorial, cognitivo e da linguagem - com repercussão nas atividades do autocuidado da criança e no seu grau de independência e autonomia.

Em Portugal, as anomalias congénitas representaram, nas últimas décadas, umas das principais causas de mortalidade e morbilidade infantil, traduzindo-se num problema de saúde pública, sendo que, no período de 2000-2010 foram notificados 301 casos de espinha bífida, representado mais de metade dos defeitos do tubo neural (552 casos) (Braz, Machado, Roquette & Dias, 2015). Na Europa, a paralisia cerebral representa a deficiência motora mais frequente da infância (Johnson, 2002). Até 30 de Junho de 2012, o Programa de Vigilância Nacional da Paralisia Cerebral aos 5 anos de idade recebeu 658 notificações correspondentes a 576 crianças nascidas em 2001 (229), 2002 (171) e 2003 (176) (Federação das Associações Portuguesas de Paralisia Cerebral, 2012).



Relativamente às alterações neurológicas, o acidente vascular cerebral representa uma das dez principais causas de morte entre crianças americanas (Rosamond et al, 2008), com alto risco de morbilidade associada (Ganesan, Hogan, Shack, Gordon, Isaacs & Kirkham, 2000) e elevados custos económicos para o serviço de saúde (Lo et al, 2008). O traumatismo crânio-encefálico tem uma morbilidade variável e é uma das principais causas de mortalidade por traumatismo accidental na infância (Kuppermann et al, 2009).

Uma vez que destas condições podem resultar diferentes incapacidades, principalmente a nível da mobilidade, que podem comprometer o normal desenvolvimento da criança, torna-se primordial uma intervenção tendo em vista a maximização da funcionalidade.

### **1.2 A intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na promoção do autocuidado da criança com alteração da mobilidade**

O aumento da incidência da morbilidade infantil conduziu a alterações nos fatores determinantes de saúde das crianças e jovens e a uma nova perspetiva de Necessidades Especiais de Saúde e Educação, com ênfase na promoção da saúde, prevenção da doença, reabilitação e inserção dos jovens com incapacidade e ou doença crónica na sociedade (Malheiro, 2011). De acordo com Barros (2003), a incapacidade e a doença crónica obrigam a experiências aversivas como hospitalizações, dor, separação da família e impedem ou limitam as atividades próprias da idade pediátrica, como atividades lúdicas e desportivas, interação com os pares, desejáveis e facilitadoras do desenvolvimento infantil.

O elevado número de crianças com deficiência ou com risco de atraso no desenvolvimento, devido aos avanços médicos e tecnológicos, torna primordial o reforço da intervenção precoce e a implementação de centros de desenvolvimento, bem como de programas de cuidados continuados e paliativos pediátricos (Regulamento n.º 350/2015, 2015). Neste sentido, uma intervenção atempada e precoce no que diz respeito a medidas que promovam o crescimento e desenvolvimento das capacidades humanas, tornará crianças com alterações nas

estruturas ou funções do corpo mais capazes garantindo o seu direito à participação social.

A reabilitação funcional deve assim enfatizar a aprendizagem e/ou a maximização de capacidades motoras identificadas e consideradas importantes, pela criança e família, garantindo assim, a otimização da intervenção (Ketelaar, Vermeer, Hart, Beek, & Helders, 2001 e Held & Pay, 2001 citados por Brianeze, et al., 2009).

No sentido de melhor compreender e clarificar a questão principal<sup>9</sup>, anteriormente referida na introdução, foram elaboradas outras questões parcelares:

- Quais as necessidades da criança com alteração da mobilidade decorrente de causa congénita ou neurológica?;
- Quais os instrumentos/escalas utilizados pelo enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação na avaliação da criança com alteração da mobilidade decorrente de causa congénita ou neurológica?;
- Qual a importância da promoção da funcionalidade da criança com alteração da mobilidade decorrente de causa congénita ou neurológica?;
- Quais as intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação facilitadoras da integração na comunidade da criança com alteração da mobilidade decorrente de causa congénita ou neurológica?.

A pesquisa foi operacionalizada, no período de Maio a Junho de 2016, nas bases de dados CINAHL Complete, MEDLINE Complete, Nursing&Allied Health Collection, Cochrane Database of Systematic Reviews e no motor de busca Google, com os descritores de pesquisa [(Congenital) OR (Spina Bífida) OR (Cerebral Palsy) OR (Neurological) OR (Brain Injury) OR (Stroke)] AND Child\* AND Nurs\* AND Function\* AND Intervention, tendo como limite temporal o período de 2006-2016.

Da *scoping review* (Apêndice I) realizada emergiram dos 10 artigos, a sua maioria com foco na criança com paralisia cerebral, tendo sido possível identificar algumas intervenções direcionadas para a mobilidade dos membros superiores e marcha.

---

<sup>9</sup> “De que modo o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação promove a funcionalidade da criança com alteração da mobilidade decorrente de causa congénita ou neurológica?”.

A terapia de restrição e indução do movimento<sup>(artigos 3, 5 e 7)</sup>, a terapia bimanual intensiva<sup>(artigo 3 e 10)</sup> e injeção local de toxina botulínica A<sup>(artigo 3)</sup> apresentam resultados positivos na melhoria da qualidade e eficiência do movimento do membro superior, quer separadas quer combinadas ou outras intervenções.

O treino de marcha recorrendo ao *Gait Trainer*<sup>(artigo 4)</sup>, dispositivo de apoio de marcha, permite uma melhoria na distância percorrida e no número de passos realizados, com resultados positivos na funcionalidade. Outra das intervenções identificadas foi um programa de treino aquático<sup>(artigo 6)</sup>, com benefícios na melhoria do *score* da *Gross Motor Function Classification System*<sup>10</sup> e aumento da resistência na marcha. Por fim, um programa de fisioterapia<sup>(artigos 2 e 9)</sup> permite uma melhoria da performance nas atividades diárias, do tónus muscular e das capacidades motoras.

Foram ainda identificados dois artigos<sup>(artigos 1 e 8)</sup> dos quais é possível constatar que o conhecimento que os pais têm acerca da doença influencia o seu desempenho nos cuidados aos filhos e que também eles necessitam de apoio para lidar com toda a situação; a qualidade de vida destas famílias está relacionada com o nível de participação da criança nas atividades de vida diária, sendo essa uma das principais prioridades dos pais de crianças com paralisia cerebral.

Pelo exposto, torna-se primordial a intervenção do EEER que com o seu nível elevado de conhecimento e experiência toma decisões relativas à “promoção da saúde, prevenção de complicações secundárias, tratamento e reabilitação maximizando o potencial da pessoa” (Regulamento n.º 122/2011, 2011, p. 8658). Para tal, ele “concebe, implementa e monitoriza planos de enfermagem de reabilitação diferenciados, baseados nos problemas reais e potenciais das pessoas” de forma a “assegurar a manutenção das capacidades funcionais dos clientes, prevenir complicações e evitar incapacidades” (Regulamento n.º 122/2011, 2011, p.8658).

---

<sup>10</sup> A Gross Motor Functional Classification System (GMFCS), consiste num sistema de classificação, que caracteriza a capacidade de sentar, transferir e a mobilidade geral de crianças e adolescentes com paralisia cerebral até aos 18 anos (Silva, Pfeifer & Funayama, 2007), com a finalidade de objetivar algumas das alterações causadas pela doença.

Para Orem (2001), os pais são responsáveis pela satisfação do autocuidado da criança, devido à sua imaturidade a nível físico, psicológico e psicossocial, surgindo assim o conceito de cuidado dependente, que pode ser definido como o cuidado individual de regulação e de desenvolvimento, prestado de forma contínua por um adulto responsável a uma criança ou a uma pessoa com incapacidade, formando um sistema de cuidado dependente.

Na Teoria do Autocuidado, o autocuidado é entendido como uma função humana reguladora que deve ser aprendida e realizada continuamente. Um conjunto de atividades associadas aos processos de vida e funcionamento humano, entendidos como requisitos de autocuidado, que expressam os resultados desejados, e que podem ter divididos em três categorias: universais, desenvolvimento e de desvio de saúde (Orem, 2001).

O segundo constructo, a Teoria do Défice de Autocuidado, desenvolve a razão pela qual a pessoa não é capaz ou tem limitações na satisfação do autocuidado, necessitando da intervenção do enfermeiro para adquirir conhecimentos e habilidades, de acordo com os métodos: atuar por/fazer por; guiar e orientar; fornecer apoio físico ou psicológico; proporcionar e manter um ambiente que apoie o desenvolvimento pessoal e ensinar (Orem, 2001).

Assim, o défice de autocuidado surge quando os pais ou responsáveis não são capazes de garantir continuamente em quantidade e qualidade necessária os requisitos de autocuidado universais, de desenvolvimento e no desvio de saúde (Orem, 2001), devido à condição de saúde de criança, sendo por isso necessária a intervenção de enfermagem.

Por fim, a Teoria dos Sistemas de Enfermagem que ressalva que a estrutura e orientação dos cuidados de enfermagem serão condicionadas pela capacidade dos pais em dar resposta às necessidades da criança com alteração da mobilidade, podendo estas serem satisfeitas pelo enfermeiro, pelos pais ou por ambos, com o objetivo final de atingir o sistema de apoio-educação, em que os pais são totalmente autónomos (Petronilho, 2012).

Na criança com incapacidade, para além da dependência por parte dos pais devido à sua imaturidade esta também é justificada pela alteração da mobilidade causada por situações como o acidente vascular cerebral, paralisia cerebral, traumatismo vertebro-medular, traumatismo crânio-encefálico, entre outras, que condicionam a sua autonomia/independência nas atividades do autocuidados

Face a estas condições o presente referencial teórico surge como linha orientadora pois não só permite a identificação das atividades associadas aos processos de vida e funcionamento humano, como também o reconhecimento de situações que implicam a intervenção de enfermagem, classificando de que modo o enfermeiro intercede no sentido de capacitar os pais para a satisfação das necessidades da criança com alteração da mobilidade.



## **2. DESCRIÇÃO E ANÁLISE CRÍTICA DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS**

O Enfermeiro Especialista, detentor de um conhecimento aprofundado em determinado domínio da enfermagem, tem em conta as respostas humanas aos processos de vida e problemas de saúde e demonstra elevado julgamento clínico e capacidade de tomada de decisão (Regulamento n.º 122/2011, 2011).

Segundo Benner (2001), a aquisição e desenvolvimento de competências ocorre em cinco fases: iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito, como reflexo de três aspetos importantes: a integração de experiências passadas, a compreensão das situações como um todo e, ainda tornar-se um elemento ativo. O perito é aquele que, com a sua experiência, capacidade de adaptação e competência, compreende a situação como um todo, tomando decisões holísticas (Benner, 2001).

Como prova da aquisição de competências de perito, passo a descrever e a analisar as atividades desenvolvidas ao longo das duas fases do ensino clínico, de acordo com os domínios de competências preconizados pela OE.

### **2.1 Competências comuns do enfermeiro especialista**

Segundo o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, independentemente da área de especialização todos os especialistas partilham de um conjunto de competências aplicáveis em todos os contextos de prestação de cuidados e relacionadas com os clientes, os pares e a melhoria da prática de enfermagem (Regulamento n.º 122/2011, 2011).

De modo a atingir essas competências foram traçados objetivos específicos nos domínios da responsabilidade profissional, ética e legal, da melhoria da qualidade, da gestão dos cuidados e do desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

### 2.1.1 Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal

Para adquirir as competências propostas neste domínio o enfermeiro desenvolve uma prática profissional e ética, promovendo cuidados baseados nos direitos humanos e responsabilidades profissionais (Regulamento n.º 122/2011, 2011), assim foi traçado o seguinte objetivo:

- Participar na tomada de decisão em equipa promovendo a parceria com o cliente, tendo por base o Código Deontológico, a garantia do consentimento informado e o respeito pelos princípios éticos da beneficência, não maleficência, autonomia e justiça.

Neste contexto, a deontologia profissional consiste num conjunto de deveres relativos ao exercício profissional do enfermeiro no cuidado às pessoas, família e comunidade, fundamentado pela dignidade profissional e pela busca da excelência da profissão como forma de garantir os direitos de quem se cuida e cuidados de qualidade (OE, 2015).

O respeito pela privacidade - entendida como um direito individual relacionado, entre outros aspetos, com a proteção da intimidade, respeito pela dignidade e pelo corpo da pessoa (Soares & Dall'Agnol, 2011) - é um dos pilares para uma prática profissional e ética, com respeito pelos direitos humanos, tal como preconizado no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, valores fulcrais para cuidar e capacitar pessoas com necessidades especiais com o objetivo de maximizar/manter a sua funcionalidade.

Ainda neste campo, o direito da pessoa ao consentimento informado, foi outros dos pilares da nossa prática durante o ensino clínico. Após cada avaliação inicial de enfermagem de reabilitação a pessoa e/ou o cuidador foram informados sobre os objetivos e natureza da intervenção, bem como as consequências e riscos e só na posse desta informação aceitaram (assinando um documento) a intervenção da equipa de enfermagem de reabilitação, tal como é preconizado no artigo 84.º do Código Deontológico do Enfermeiro (CDE) (OE, 2005).



### 2.1.2 Domínio da melhoria da qualidade

No domínio da melhoria da qualidade um papel dinamizador na área da governação clínica e a capacidade de conceber, gerir e colaborar em programas de melhoria contínua da qualidade, bem como criar e manter um ambiente terapêutico e seguro são aspetos essenciais (Regulamento n.º 122/2011, 2011), assim, com vista a aquisição de competências neste domínio foi elaborado o seguinte objetivo:

- Colaborar em programas de melhoria contínua da qualidade com vista à promoção de um ambiente terapêutico e seguro.

No contexto de cuidados na comunidade, durante as primeiras semanas, verificámos que algumas das pessoas experienciaram dor e/ou dispneia a quando dos cuidados de enfermagem, influenciando a envolvência da pessoa nas intervenções discutidas e planeadas.

Atualmente, a definição de dor comumente adotada por diferentes instituições, incluindo a OE, é a da *International Association for the Study of Pain* (IASP), em que esta é descrita como sendo “uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a lesão tecidual real ou potencial, ou descrita em termos de tal lesão” (OE, 2008, p.11), que é subjetiva, individual e multidimensional, influenciada por fatores internos e externos à pessoa (IASP, 2012). Também a dispneia é caracterizada como uma sensação subjetiva de desconforto respiratório, que resulta da interação de múltiplos fatores e que se pode traduzir em respostas comportamentais e fisiológicas (American Thoracic Society, 1999 citada por Martinez, Pádua & Filho, 2004).

O contato mais próximo com as pessoas coloca-nos, enquanto enfermeiros, numa posição privilegiada para avaliar e desenvolver estratégias que valorizem e minimizem a experiência de diferentes condições como a dor e dispneia. De acordo com as necessidades sentidas pela equipa de enfermagem e após validação com a enfermeira orientadora, sentimos a necessidade de elaborar cartazes que contemplassem as escalas de avaliação da dor (Apêndice II) e da dispneia (Apêndice III), para que, nas diferentes situações de cuidados o enfermeiro pudesse

aplicá-las e, assim, com o conhecimento da situação da pessoa tomar decisões para uma intervenção individualizada<sup>11</sup>.

Pela sua pertinência, utilidade e fácil utilização os documentos passaram a ser aplicados, assim como implementadas estratégias para o alívio da dor (medidas não farmacológica para o alívio da dor) e da dispneia (ensino sobre posições de descanso e exercícios de controlo da respiração no esforço), contribuindo para a satisfação do cliente, conforto e bem-estar.

Também no contexto de cuidados na comunidade, de acordo com a equipa de enfermagem de reabilitação, foi identificada a necessidade da existência de um documento orientador para futuros colaboradores e estudantes da especialidade de enfermagem de reabilitação. Neste sentido foi elaborado um Manual de Integração de Enfermagem de Reabilitação (Apêndice IV) com o intuito de facilitar o processo de integração e, motivar comportamentos ajustados facultando informação pertinente sobre a instituição e funções a desempenhar.

Para uma intervenção eficaz, neste contexto, dada a especificidade da população idosa, foram realizadas pesquisas sobre escalas/instrumentos de avaliação do autocuidado e da funcionalidade com o intuito de identificar oportunidades de melhoria. As escalas/instrumentos identificados (e.g.: Índice de Katz<sup>12</sup>, Mini Mental State Examination<sup>13</sup>, Escala de Lawron & Brody<sup>14</sup>, Classificação Funcional da Marcha de Holden<sup>15</sup>) foram apresentados à enfermeira orientadora e discutida a sua aplicabilidade/implementação, na medida em que poderiam ser mais efetivos na

---

<sup>11</sup> Intervenção individualiza: cuidados em que a pessoa é valorizada e considerada elemento ativo do seu plano de cuidados, existindo real interesse pelas suas necessidades, crenças e valores, permitindo cuidados efetivos e com melhores resultados que cuidados padronizados, sendo da responsabilidade do enfermeiro prestar cuidados de alta qualidade com vista a resultados positivos para o paciente (Suhonen, Välimäki, & Leino-Kilpi, 2008).

<sup>12</sup> Índice de Katz: permite avaliar a autonomia da pessoa idosa para realizar seis atividades básicas de vida diária (Banho; Vestir; Utilização da sanita; Transferência do cadeirão/cadeira de rodas para a cama; Controlo de Esfíncteres e Alimentação) (Núcleo de Estudos de Geriatria da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna [GERMI], [s.d]).

<sup>13</sup> Mini Mental State Examination: questionário que permite uma avaliação sumária das funções cognitivas (GERMI, [s.d]).

<sup>14</sup> Escala de Lawron & Brody: permite avaliar a autonomia da pessoa idosa para realizar as atividades instrumentais de vida diária (GERMI, [s.d]).

<sup>15</sup> Avaliação Funcional da Marcha de Holden: determina o grau de autonomia na marcha de acordo com o tipo de ajuda física necessária, em função do tipo de superfície (GERMI, [s.d]).

avaliação dos resultados obtidos, permitindo uma reformulação dos programas de intervenção mais eficaz.

Para a criação e manutenção de um ambiente seguro à criança, no serviço de internamento de pediatria tivemos a oportunidade de participar nos programas de melhoria contínua da qualidade relativos à Prevenção de Úlceras por Pressão e Prevenção de Quedas.

No sentido de melhorar a qualidade de cuidados e como resultado de uma situação de cuidados, após validar a pertinência e necessidade com a enfermeira orientadora e restante equipa de enfermagem, foi elaborado um livro de exercícios faciais (Apêndice V), destinada a situações de paralisia facial.

Ainda neste serviço estava a ser elaborada uma folha de registos, específica para os EEER, que visava avaliar os resultados da sua intervenção e, sugerimos a implementação da avaliação do desenvolvimento no sentido de perceber se a alteração identificada era resultante da condição de saúde da criança ou do fato desta ainda não ter desenvolvido as capacidades necessárias ao desempenho de determinada tarefa.

Para esta fase, com o objetivo de garantir cuidados de qualidade, a *scoping review* realizada durante o planeamento deste relatório foi importante para a identificação de intervenções promotoras da funcionalidade da criança. Dos resultados encontrados, na sua maioria com foco na criança com paralisia cerebral, foi possível identificar intervenções direcionadas para a mobilidade dos membros superiores e marcha. Para além disto, uma das principais prioridades dos pais destas crianças é o seu o nível de participação nas atividades de vida diária, que está relacionada com a qualidade de vida da família.

### 2.1.3 Domínio da gestão dos cuidados

Neste domínio é esperado que o enfermeiro especialista seja capaz de gerir os cuidados, mobilizando a restante equipa de enfermagem em articulação com a equipa multiprofissional (Regulamento n.º 122/2011, 2011), assim foi traçado o seguinte objetivo:

- Identificar os recursos existentes e agir enquanto elemento agregador dos diferentes constituintes da equipa multiprofissional, garantindo assim um ambiente seguro para a pessoa.

De acordo com Caetano e Vala (2002), o acolhimento e integração de um novo colaborador são etapas-chave para que este adquira conhecimento sobre a cultura e valores da organização e compreenda o que é esperado de si enquanto elemento integrante da estrutura.

No contexto de cuidados na comunidade foram consultados os manuais de integração de novos colaboradores e do Agrupamento de Centros de Saúde de Sintra, foi realizada uma pesquisa relativa à estruturação do Sistema Nacional de Saúde, no que concerne à organização dos cuidados de saúde primários e sempre que pertinente foram discutidos com a enfermeira orientadora aspetos mais específicos da dinâmica da unidade, uma vez que esta também desempenhava o papel de coordenadora da ECCI.

No serviço de internamento de pediatria não foi possível consultar o manual de acolhimento de novos colaboradores pois, este ainda se encontrava em elaboração. Ainda na integração institucional tivemos a oportunidade de visitar os departamentos integrantes do serviço de pediatria (terapia da fala, fisioterapia, terapia ocupacional, escola e educação) e todos os outros departamentos/serviços do centro, atividade que, bem como as anteriormente descritas, o contribuiu para o processo de integração e construção do sentimento de pertença (Cardoso, 2008).

Foram ainda consultados os procedimentos relativos ao acolhimento e colheita de dados, que contribuíram não só para integrar o trabalho desenvolvido pelas diferentes equipas bem como para compreender o que era valorizado em cada contexto. Ambos os contextos possuíam documentos de colheita de dados da avaliação inicial de enfermagem de reabilitação que no geral contemplavam aspetos como a avaliação familiar, sócio-económica, habitacional e funcional. Apenas no documento da UCC havia um campo próprio para os objetivos/expetativas da

pessoa/família, enquanto no serviço da pediatria esta informação era preenchida na nota de entrada.

Uma gestão de cuidados eficaz é essencial para a otimização do trabalho e para evitar o desperdício de recursos e tempo, pelo que a nossa prática de cuidados foi realizada de acordo o plano de cuidados de enfermagem de reabilitação, orientado pela filosofia de cuidados de Dorothea Orem - Teoria de Enfermagem do Défice de Autocuidado.

Nos cuidados prestados à pessoa no contexto da comunidade, a planificação dos cuidados era realizada semanalmente e, antes de iniciarmos as visitas domiciliárias, eram seleccionadas as pessoas e validados os planos de cuidados. Caso coincidisse com o dia de visita da equipa de intervenção comunitária (composta por quatro enfermeiros generalistas) para a realização de um penso de úlcera por pressão ou colocação de um cateter vesical, este procedimento era realizado pela equipa de enfermagem de reabilitação, como forma garantir a continuidade de cuidados<sup>16</sup>.

Verificámos que de acordo com os objetivos da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) o enfermeiro de reabilitação tem autonomia para a organização e gestão dos cuidados bem como para a implementação de um plano de intervenção de enfermagem de reabilitação em parceria com a pessoa e família, sendo o único responsável pela reabilitação, não havendo outros profissionais envolvidos.

No serviço de internamento de pediatria, todos os turnos começavam com a passagem de ocorrências onde era transmitida toda a informação relevante sobre os turnos anteriores, da área das intervenções autónomas de enfermagem. As crianças eram atribuídas aos enfermeiros, ficando a cargo dos especialistas as intervenções específicas de enfermagem de reabilitação, que se concentravam maioritariamente no turno da tarde, já que durante a manhã as crianças se encontravam nos diferentes departamentos.

---

<sup>16</sup> Continuidade de cuidados: cuidados de saúde que se prolongam no tempo, onde existe comunicação e troca de informação pertinente e eficaz entre os elementos da mesma equipa e restante equipa de cuidados (Chan, You, Huang & Ting, 2012).

A articulação de cuidados<sup>17</sup> entre os diferentes elementos que constituem a equipa de saúde que presta cuidados direta ou indiretamente à pessoa e família foi crucial para a otimização do processo de cuidados.

Ainda neste contexto tivemos a oportunidade de participar em três reuniões de “Observação de Casos Clínicos” cujos objetivos eram perceber a evolução de cada criança nos diferentes departamento e traçar novos objetivos/metast a atingir. Nestas reuniões tivemos uma intervenção relevante, relatar à restante equipa as intervenções implementadas, a evolução e, ainda em que estádio estavam os pais no que concerne à participação nos cuidados. Estas reuniões foram importantes para compreender o trabalho desenvolvido e objetivos atingidos e, sobretudo as aquisições alcançadas com vista a potencializar as capacidades da criança.

No decorrer do ensino clínico, em ambos os contextos, os momentos de reflexão e discussão de práticas com a enfermeira orientadora e restante equipa de enfermagem, foram enriquecedores e contribuíram para o nosso crescimento enquanto futura EEER. Para além disso, a visibilidade e continuidade de cuidados foi garantida pela realização de registos de enfermagem, com especial atenção na explicitação do tipo de ajuda que a pessoa necessitava, progressos, capacidade e funcionalidade presentes. A qualidade dos registos de enfermagem bem como as passagens de ocorrências são elementos chaves para garantir cuidados de qualidade, diminuição de eventos adversos, tal como preconizado pela DGS (2017).

Em suma, a aquisição de competências neste domínio está relacionada com uma gestão eficaz dos cuidados, otimizando a intervenção dos restantes elementos da equipa de enfermagem em articulação com a equipa multiprofissional, a capacidade adaptativa e liderança em diferentes situações e contextos (Regulamento n.º 122/2011, 2011).

---

<sup>17</sup> Articulação de cuidados: “um sistema que admite na sua estrutura diversas instituições formais e informais, públicas e privadas, as quais se devidamente articuladas entre si concorrem cada uma com a sua especificidade, para a prestação adequada de cuidados aos utentes dos serviços de saúde” (Bilro, 2004 citado por Tavares, 2008, p.66).

#### 2.1.4 Domínio do Desenvolvimento das aprendizagens profissionais

Do enfermeiro especialista é esperado que desenvolva o autoconhecimento e assertividade, baseando a sua práxis em sólidos e válidos conhecimentos (Regulamento n.º 122/2011, 2011), assim foi traçado o seguinte objetivo:

- Aprofundar conhecimento baseado na evidência científica.

Segundo Pereira, Cardoso & Martins (2012), a prática baseada na evidência pode ser entendida como um exercício profissional seguro, coerente, organizado e baseado na melhor evidência disponível para garantir cuidados de qualidade otimizando os recursos disponíveis e com a participação ativa de todos os intervenientes no processo de tomada de decisão. Os mesmos autores, citando DiCenso, Cullum e Ciliska (1998), referem ainda que a melhor evidência disponível resulta do cruzamento entre a evidência científica, experiência profissional, crenças da pessoa e características do contexto.

Neste sentido, durante o ensino clínico foram realizadas diversas pesquisas em bases de dados, normas e circulares emanadas por órgãos credíveis e livros técnicos no sentido de consolidar conhecimento relativo a diferentes situações de necessidades com que nos deparámos, garantindo em parte a qualidade e segurança dos cuidados prestados. Como não podia deixar de ser, a nossa experiência profissional também contribuiu, não no que diz respeito ao cuidado especializado de enfermagem de reabilitação mas no que concerne às competências de enfermagem enquanto enfermeira generalista com experiência na área de pediatria.

Para além disto, os momentos de reflexão individual e coletiva, com as enfermeiras orientadoras e restante equipa de enfermagem, contribuíram para o nosso crescimento pessoal e profissional, para a construção de conhecimento e para a consciencialização na tomada de decisão.

Para Benner, a “documentação sistemática das competências da perita constitui uma primeira etapa para o desenvolvimento dos conhecimentos clínicos”, podendo

esta no futuro beneficiar da “descrição sistemática dos incidentes críticos” (2001, p. 60) que terá experienciado ao longo da sua prática. Neste sentido, os momentos de reflexão individual traduziram-se, de um modo informal, na realização de pequenos apontamentos sobre diversas situações que suscitaram questionamento. No entanto, como modo de explorar o autoconhecimento, sentimos a necessidade de aprofundar algumas questões e, como tal foram realizados jornais de aprendizagem, com a descrição de situações que suscitaram questionamento e necessidade de reflexão para atingir um novo entendimento e, assim eventualmente mudar/melhorar práticas, indo de encontro ao que Santos & Fernandes (2004) definem como reflexão estruturada<sup>18</sup>.

Em suma, todos os aspetos apresentados constituíram um fator importantíssimo para a aquisição e integração das competências comuns de enfermeiro especialista e específicas de enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, pois tal como defendem Alarcão & Rua (2005), os ensinamentos clínicos possibilitam a reflexão sobre o observado e o vivido, consistindo num modo de aprender a fazer, fazendo.

## **2.2 Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação**

É da responsabilidade do EEER com o seu nível elevado de conhecimento e experiência tomar decisões relativas à "promoção da saúde, prevenção de complicações secundárias, tratamento e reabilitação maximizando o potencial da pessoa" (Regulamento n.º 122/2011, 2011, p. 8658). Para tal, ele "concebe, implementa e monitoriza planos de enfermagem de reabilitação diferenciados, baseados nos problemas reais e potenciais das pessoas" de forma a "assegurar a manutenção das capacidades funcionais dos clientes, prevenir complicações e evitar incapacidades" (Regulamento n.º 122/2011, 2011, p.8658).

Todo o trabalho desenvolvido durante o ensino clínico procurou dar resposta à exigência da intervenção do EEER, com o objetivo de cuidar, capacitar e maximizar a funcionalidade da pessoa, pois é a experiência nos diferentes contextos que

---

<sup>18</sup> Reflexão estruturada: processo de aprendizagem pela experiência que se desenvolve através de uma análise estruturada das práticas, com o objetivo de atingir uma nova compreensão e apreciação da prática contribuindo para o desenvolvimento de competências (Santos & Fernandes, 2004).



permite ao enfermeiro refletir e interiorizar as competências que deve adquirir (Benner, 2001). Neste sentido foram traçados os seguintes objetivos:

- Desenvolver competências de enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação no cuidado à pessoa ao longo do ciclo de vida, nos diferentes contextos de cuidados, com vista à maximização da funcionalidade, controlo de sintomas e prevenção de complicações a nível motor, sensorial, cognitivo, cardiorrespiratório, da alimentação, da eliminação e da sexualidade.
- Desenvolver competências especializadas em enfermagem de reabilitação no cuidado à criança/família com alteração da mobilidade decorrente de causa congénita ou neurológica com vista à maximização da funcionalidade.
- Desenvolver competências especializadas em enfermagem de reabilitação na reintegração da pessoa/criança/família na comunidade.

#### 2.2.1 Cuida de Pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos de prática de cuidados

O planeamento dos cuidados de acordo com um modelo conceptual é essencial para estabelecer uma filosofia de cuidados centrada na pessoa, pois a partir deste é possível perceber o modo como a pessoa interage com a ambiente e perceciona a saúde e doença.

Por sua vez, o processo de enfermagem pode ser usado para gerir a prestação de cuidados e garantir a continuidade dos mesmos, pelo que estes foram elaborados ao longo do ensino clínico, como forma de espelhar os cuidados prestados.

A avaliação, elemento chave do processo de enfermagem, constitui o pilar do planeamento e posterior avaliação dos cuidados, devendo conter “aspectos físicos, cognitivos, sociais, emocionais, culturais e espirituais” (Hoeman, 2011, p. 283). Durante o ensino clínico as avaliações iniciais de enfermagem de reabilitação foram realizadas no primeiro contato, recorrendo à pessoa (criança/idoso) e/ou cuidador principal, agente de cuidar dependente, sempre com respeito pela dignidade e confidencialidade dos dados colhidos, num ambiente privado e calmo. Esta continha informação relativa à identificação da pessoa, história clínica atual, antecedentes

personais, condições sociais e habitacionais, assim como aspetos relacionados com a função respiratória, nutrição (estado nutricional e integridade cutânea), mobilidade (amplitude articular, força muscular e tônus muscular), estado neurológico (défices visuais, auditivos ou da fala, equilíbrio e sensibilidade), avaliação da dor, problemas identificados, objetivos de reabilitação da pessoa/família e resultados esperados.

Após a avaliação foi realizado o diagnóstico de respostas humanas desadequadas através do levantamento dos défices de autocuidado e conseguinte identificação das necessidades de intervenção de acordo com os Sistemas de Enfermagem preconizados por Dorothea Orem. Estas foram validadas com a pessoa/família, que em resposta identificaram os seus objetivos/resultados esperados com a intervenção de enfermagem de reabilitação.

Na pessoa idosa, a avaliação de enfermagem de reabilitação era realizada nas primeiras 24 horas, em situações referenciadas pela RNCCI. Neste contexto, para além das escalas comumente aplicadas (Barthel<sup>19</sup>, Ashworth Modificada<sup>20</sup>, Lower<sup>21</sup>, Braden<sup>22</sup> e de Quedas de Morse<sup>23</sup>), após reflexão com a enfermeira orientadora e restante equipa de enfermagem, foram introduzidas outras escalas/instrumentos como a Escala de Lawron & Brody, o Índice de Katz e a Avaliação Funcional da Marcha de Holden) no sentido de melhor caracterizar as capacidades da pessoa. Para além disto foi ainda introduzida a avaliação da dor e da dispneia, nas diferentes situações de cuidados, como referido anteriormente.

A avaliação de enfermagem à criança era realizada no serviço de internamento de pediatria, aquando da sua chegada, após a consulta médica de admissão, contendo informação semelhante à acima descrita, no entanto organizada de acordo com as

---

<sup>19</sup> Índice de Barthel: avalia o nível de independência da pessoa para realizar dez atividades básicas de vida diária (controlo intestinal, controlo vesical, higiene pessoal, uso da sanita, alimentação, transferência, mobilidade, vestir, escadas e banho) (DGS, 2011<sup>a</sup>).

<sup>20</sup> Escala de Ashworth Modificada: escala de seis pontos que determina a espasticidade através da avaliação da resistência oferecida ao estiramento muscular, que se traduz no tônus muscular (Hsieh, Wolfe, Miller, Curt & SCIRE Research Team, 2008)

<sup>21</sup> Escala de Lower: permite avaliar o grau de força muscular de cada segmento do corpo.

<sup>22</sup> Escala de Braden: avalia o risco de desenvolvimento de úlceras por pressão no adulto (DGS, 2011<sup>b</sup>).

<sup>23</sup> Escala de Quedas de Morse: avalia o risco de ocorrência de quedas, através da avaliação de seis itens que refletem os fatores de risco de queda (Costa-Dias & Ferreira, 2014).

atividades de vida, seguindo o referencial teórico de Nancy Roper, utilizado no serviço.

Neste contexto, dada a especificidade da população pediátrica e, no sentido de dar uma resposta adequada e individualizada, no sentido de garantir cuidados de qualidade para a promoção do autocuidado, decorrente da reflexão sobre o assunto com a equipa de enfermagem, consideramos pertinente incluir a avaliação do desenvolvimento e da dor por se tratar de aspetos que podem condicionar o envolvimento da criança no processo de reabilitação, bem como, os resultados esperados.

A criança cresce e desenvolve-se em diversas esferas e cabe ao EEER adequar a sua intervenção de acordo com o estágio de desenvolvimento da mesma, para que possa elaborar um plano de reeducação/reabilitação individualizado e com resultados esperados coerentes. Para tal, decidimos utilizar a Escala de Avaliação do Desenvolvimento de Mary Sheridan Modificada, que avalia crianças de 1 mês aos 5 anos, nos parâmetros: Postura e Motricidade Global, Visão e Motricidade Fina, Audição e Linguagem, Comportamento e Adaptação Social (DGS, 2013). Esta avaliação permite estabelecer um padrão de normalidade, sendo assim possível identificar eventuais alterações, no entanto, é importante ter em mente que nem todas as crianças atingem determinado estágio com a mesma idade. Para as crianças dos 5 aos 18 anos, a avaliação do desenvolvimento foi realizada tendo por base os parâmetros contemplado no Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil.

Na criança a perceção da dor é influenciada pela idade, estágio de desenvolvimento, natureza da dor e capacidade desta se expressar (Hockenberry & Wilson, 2014), pelo que a escala utilizada teve estes aspetos em conta, nomeadamente as escalas Face, Legs, Activity, Cry, Consolability<sup>24</sup>, de faces Wong Baker<sup>25</sup> e numérica<sup>26</sup>.

---

<sup>24</sup> Escala Face, Legs, Activity, Cry, Consolability (FLACC): escala de heteroavaliação da dor para crianças entre um mês e dezoito anos de idade (OE, 2008).

<sup>25</sup> Escala de Faces Wong Baker: escala de autoavaliação da dor para crianças a partir dos 3 aos de idade (OE, 2008).

<sup>26</sup> Escala numérica: escala de autoavaliação da dor para crianças a partir dos 6 anos, que sabem contar com noção de grandeza (OE, 2008).

De acordo com estes aspetos, foram elaborados planos de cuidados de enfermagem de reabilitação, com base nos objetivos da pessoa/família, tendo sido explicado e discutido o plano de intervenção, com o intuito de os capacitar e, assim terem um papel ativo no processo de reabilitação, com vista à promoção da funcionalidade e consequentemente da autonomia.

#### 2.2.2 Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania

Tendo em conta a temática deste relatório serão apresentadas algumas das intervenções realizadas ao longo do ensino clínico que tiveram como objetivo a promoção da funcionalidade da criança com alteração da mobilidade.

De acordo com a National Spinal Cord Injury Statistical Center (2016), nos Estados Unidos, tendo por base a população atual de 314 mil habitantes, a incidência anual da lesão vertebro medular é aproximadamente de 54 novos casos por cada mil habitantes, que se traduz em cerca de 17 mil novos casos por ano. Os mesmos autores reportam ainda que, a partir de vários estudos realizados, em 2016 existiam aproximadamente entre 243 mil e 347 mil pessoas com lesão vertebro medular, com idade média de 49 anos na altura da lesão.

De um estudo realizado em Portugal foi possível constatar que na idade pediátrica esta não é uma realidade frequente, muito pelas características anatómicas e funcionais da coluna, no entanto, quando estas lesões ocorrem implicam graves alterações neurológicas associadas a estados de dependência nas atividades de vida diária (Pinto et al, 2005).

A intervenção especializada de enfermagem de reabilitação é então necessária quando os pais, ou responsáveis, não são capazes de garantir a satisfação das necessidades de autocuidado, surgindo o défice de autocuidado.

Neste sentido, tivemos a oportunidade de prestar cuidados de enfermagem de reabilitação a um jovem de 17 anos, que devido a um mergulho sofreu um traumatismo vertebro medular da qual resultou uma tetraplegia que o tornou totalmente dependente em todas as atividades do autocuidado.

Com o objetivo de promover a sua funcionalidade foi implementado um plano de intervenção baseado num corpo de conhecimentos resultante da investigação e tendo como linha orientadora as competências específicas do EEER. Da bibliografia consultada foi possível identificar um conjunto de intervenções prioritárias que devem ser parte integrante do programa de reabilitação de uma pessoa com lesão vertebro medular como: a nível músculo-esquelético (elevação do tronco/*push up*, posicionamento no leito, mesa de verticalização ou plano inclinado e/ou *standing frame*), respiratório (inspirometria de incentivo) e vesical (esvaziamento vesical por cateterismo intermitente ou autoalgaliação) (Faria, 2006; Matter et al, 2009), que vão de encontro às linhas orientadoras emanadas pela OE (2009).

No que diz respeito ao requisito universal de autocuidado manutenção de uma quantidade de ar suficiente foi implementado um programa de reabilitação funcional com ênfase em exercícios de reeducação diafragmática, inspirometria de incentivo e uso da faixa de contenção abdominal, intervenções identificadas por alguns autores (Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão, 2002; Consortium for Spinal Cord Medicine, 2009; Restrepo, Wettstein, Wittnebel & Tracy, 2011) como sendo essenciais na prevenção de defeitos ventilatórios e na melhoria da expansão pulmonar, otimizando a ventilação alveolar.

A satisfação do requisito universal de autocuidado promoção do funcionamento e do desenvolvimento do ser humano dentro dos grupos sociais de acordo com o potencial humano, as limitações conhecidas e o desejo de ser normal está então relacionada com as intervenções a seguir apresentadas.

Relativamente ao programa de reeducação funcional motora, indo de encontro ao descrito na bibliografia, foram realizadas mobilizações passivas de todos os segmentos dos membros superiores e inferiores nos diferentes eixos de movimento, posição ortostática em *standing frame* fixo e treino de transferências (Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão, 2002; Faria, 2006; Matter et al, 2009; OE, 2009), neste caso com a tábua *easyglide*, que por ser ultra fina e leve permitiu a participação do jovem.

Foi ainda implementado um programa de treino de atividades de vida diária, com o intuito de promover a sua autonomia e da mãe, cuidadora principal, garantido que os cuidados fossem prestados com segurança, através do ensino e treino de técnicas facilitadoras do autocuidado.

No treino de higiene, o banho que inicialmente era realizado em maca banheira e com ajuda total, como resultado do treino passou a ser realizado em cadeira de banho sanitária. Foi também adaptada uma esponja que se prendia ao dedo indicador e ao punho para que conseguisse sozinho lavar a cabeça e tronco. Também conseguia segurar no chuveiro, lavar os dentes com a escova na bolsa palmar e colocar o creme hidratante no tronco e coxas.

Relativamente ao treino vestir-despir, no que diz respeito ao calçado e o vestir da cintura para baixo, este era realizado na cama, com ajuda total. O vestir da cintura para cima era realizado na cadeira de rodas, usando uma compensação de altura, sendo que o adolescente conseguia vestir a t-shirt e a camisola sozinho, desde que preparada a roupa, que ele mesmo escolhia, pois “usar roupa personalizada significa bem-estar e melhora a imagem corporal” (Hoeman, 2011, p. 245), assim como identidade, fator importante nesta fase do desenvolvimento, a adolescência.

No treino da alimentação, que diz respeito ao requisito universal de autocuidado manutenção de uma ingesta suficiente de alimentos, foi transmitido ao jovem e à mãe a importância de um posicionamento correto. Este foi gradualmente adquirindo maior independência necessitando apenas de ajuda para fracionar os alimentos, tendo sido necessário introduzir produtos de apoio<sup>27</sup> como a bolsa palmar onde se colocava o talher, o rebordo de prato e material antiderrapante por baixo do mesmo.

Para garantir a satisfação do requisito universal de autocuidado provisão de cuidados associados com os processos de eliminação, após avaliação dos líquidos ingeridos e eliminados e identificado um padrão, foi instituído um treino vesical com esvaziamentos a cada cinco horas. Nesta atividade era totalmente dependente de

---

<sup>27</sup> Produtos de Apoio: “qualquer produto, instrumento, equipamento ou sistema técnico usado por uma pessoa com deficiência, especialmente produzido ou disponível que previne, compensa, atenua ou neutraliza a limitação funcional ou de participação (Decreto-Lei n.º 93/2009, 2009, p. 2276).

terceiros, pelo que a algaliação intermitente era realizada pela mãe, a quem foram feitos ensinamentos e realizado o treino. No entanto, verificou-se que era autónomo na gestão do tempo e na seleção do material necessário para o procedimento.

No que concerne à sexualidade este assunto foi abordado através de conversas sobre as amigas que deixou no país natal e posteriormente foi informado sobre a existência de uma consulta direcionada para estas, no entanto o jovem mostrou-se retraído, justificado pela literatura com o fato dos jovens evitarem expor-se e partilhar sentimentos com um adulto (Hoeman, 2011).

Decorrente deste conjunto de intervenções resultaram ganhos em saúde para o jovem uma vez que na avaliação dos resultados (através de escalas/instrumentos de avaliação) foi possível verificar a prevenção da rigidez articular, uma alteração positiva na situação de dependência do jovem no autocuidado relacionados com a higiene, a alimentação e o vestir-despir, evoluindo de um sistema totalmente compensatório para um parcialmente compensatório, assim como na modificação positiva do conhecimento e capacidades da mãe face à satisfação dos requisitos de autocuidado universais.

As alterações motoras decorrentes da paralisia cerebral comprometem o desempenho de atividades relacionadas com os requisitos de autocuidado universais (lavar-se, vestir-se, alimentar-se), bem como, o processo de aquisição de mecanismos motores importantes (rolar, sentar, gatinhar, andar) (Allegretti, Mancini, & Schwartzman, 2004 e Mancini et al, 2004<sup>a</sup> citados por Brianeze, et al., 2009). A literatura enfatiza que o desempenho funcional é influenciado pelas propriedades intrínsecas da criança, pela exigência da tarefa, pelo contexto e pelo envolvimento familiar (Mancini et al, 2004<sup>a</sup> e Mancini, Megale, Brandão, Melo, & Sampaio, 2004 citados por Brianeze, et al., 2009).

Durante o ensino clínico prestámos cuidados a uma criança africana com paralisia cerebral com 4 anos de idade. No que refere ao programa de reeducação funcional motora este era constituído por intervenções como o treino de atividades de vida diária, mobilizações, atividades no leito, posicionamentos, treino de equilíbrio, entre

outras. Mas por se tratar de uma criança pequena no início foi difícil captar a sua atenção e disponibilidade para colaborar nas atividades propostas. Neste assentido, pensámos que a música pudesse ser importante para a sua motivação, pelo que com o objetivo de captar a atenção desta criança e tentar estabelecer uma relação de proximidade, para assim integrá-la no plano de reabilitação, em todas as intervenções tínhamos música, escolhida pela mãe ou mesmo pela criança que gostava muito de músicas do canal panda e músicas dançantes, já que, para atingir resultados a música escolhida deve ter em conta a cultura e preferências da criança (Stouffer, Shirk e Polomano, 2007).

A musicoterapia consiste na utilização da música e/ou seus elementos (som, ritmo, melodia e harmonia), num processo para facilitar e promover a comunicação, relação, aprendizagem, mobilização, expressão, organização e outros objetivos terapêuticos relevantes, no sentido de alcançar necessidades físicas, emocionais, mentais, sociais e cognitivas (<http://www.wfmt.info/wfmt-new-home/about-wfmt/>, 2017).

Para além da prescrição de produtos de apoio, tivemos a oportunidade utilizar outras estratégias de reabilitação como a ortótese de tornozelo e pé e a tala pneumática. As ortóteses de tornozelo e pé eram usadas durante dia e tinham como objetivo prevenir complicações ou deformidades da articulação tibiotársica e manter uma posição funcional, tal como demonstrado no estudo de Dalvand, Dehghan, Feizi, Hosseini & Amirsalari (2013), quer em situações com aumento do tónus (espasticidade), como num adolescente com um traumatismo crânio-encefálico, ou com diminuição do tónus (flacidez), como no caso de uma criança com paralisia cerebral, ajudando na marcha e posição de pé. Como complemento foram realizados ensinamentos aos pais sobre cuidados à pele e vigilância de eventuais lesões, bem como sobre a correta colocação da tala. A tala pneumática foi usada ao nível do membro superior direito (membro afetado) numa criança de 9 anos, com uma hemiplegia decorrente de um quadro de encefalite, como complemento durante as mobilizações, com o objetivo de inibir a espasticidade e promover o correto alinhamento do membro (Johnstone, 1979). Esta mesma criança apresentava um



quadro de paralisia facial central, com paralisia facial direita e para melhorar esta condição foram realizados exercícios recorrendo ao livro de exercícios faciais. Foram feitos ensinamentos à criança e à mãe no sentido desta realizar os exercícios duas vezes por dia, em frente a um espelho e com movimentos calmos. Ao fim de duas semanas verificaram-se melhorias na simetria do sorriso, na mímica facial, no encerramento palpebral e, ainda na capacidade de conter os alimentos dentro da cavidade oral.

Nas crianças que se encontravam internadas no serviço de pediatria a necessidade de reeducação funcional respiratória não foi uma realidade constante. No entanto foi necessária a intervenção do enfermeiro de reabilitação em algumas situações agudas, como no caso de uma criança de 4 anos com uma infeção respiratória alta. A nível respiratório apresentava uma respiração predominantemente abdominal, profunda e regular, com 29 ciclos respiratórios por minuto, tosse produtiva ineficaz, obstrução nasal moderada com rinorreia mucopurulenta em moderada quantidade, sem sinais de dificuldade respiratória. À auscultação, que foi realizada com a criança sentada ao colo da mãe para a manter calma, apresentava ferveores crepitantes nos segmentos apical e anterior do lobo superior direito e murmúrio vesicular mantido nos restantes segmentos pulmonares.

Após esta avaliação foi traçado um plano de intervenção de reeducação funcional respiratória com o objetivo de assegurar a permeabilidade das vias aéreas tendo sido implementada as seguintes técnicas: técnica de expiração forçada, drenagem postural combinada com percussão e no final instilação nasal.

Tratando-se de uma criança o brincar terapêutico foi importante, assim à técnica de expiração forçada associou-se um espelho em que na fase expiratória quando a criança realizava o “HUFF” este ficava embaçado, para além da música presente em todas as sessões. Após três dias de intervenção à auscultação já não apresentava ferveores e tinha apenas uma discreta obstrução nasal com rinorreia serosa em pequena quantidade.

No contexto de cuidados na comunidade, ao contrário do que acontece no serviço de pediatria, a reabilitação é da responsabilidade do EEER, que em parceria com a

pessoa e cuidador/família trabalham no sentido de maximizar a sua autonomia e qualidade de vida.

Nesta fase do ensino clínico tivemos a oportunidade de elaborar planos de cuidados de enfermagem de reabilitação e intervir junto de pessoas em condições de limitação da atividade e restrição da participação devido a afeções neurológicas, traumáticas e neuromusculares, na sua maioria.

Um estudo de revisão da literatura demonstrou que nas doenças neurológicas, um plano de reabilitação funcional motora com treino de atividades funcionais tem efeitos benéficos na independência das pessoas, uma vez que estimula a neuroplasticidade (Borella & Sacchelli, 2009).

Esta informação teve importância para a elaboração do plano de intervenção de enfermagem de reabilitação de uma senhora de 79 com sequelas de um acidente vascular cerebral. Esta apresentava um quadro de hemiplegia com predomínio braquial que afetava a motricidade fina da mão. De modo a melhorar esta função foi oferecido um saco com leguminosas de tamanhos e texturas diferentes e a atividade consistia em tirar as leguminosas do saco com a ponta dos dedos e transferi-las para outro recipiente. Se no início apresentava alguma dificuldade e lentidão na realização da tarefa, no final já o fazia com maior precisão e rapidez, indo de encontro aos resultados encontrados na literatura (Pancotte, Casanova & Amaral, 2014; Freitas, Sutani, Pires & Prada, 2010).

Noutra situação, também resultante de um acidente vascular cerebral, outra das intervenções realizadas foi a estimulação do membro afetado com materiais de diferentes texturas (esponja da loiça, bola de lã e bola de picos) com o intuito de estimular a sensibilidade tátil que estava diminuída.

Tendo em conta as características da população deste contexto, era nossa intenção ter tido a oportunidade de aprofundar mais a reabilitação decorrente de patologia ortopédica, no entanto apenas tivemos a oportunidade de intervir junto de um senhor

com uma fratura extracapsular do colo do fêmur, submetido a redução aberta e fixação interna com *Dinamic Hip System* (DHS)<sup>28</sup>.

O plano de reeducação funcional motora, que teve início seis semanas após a cirurgia, tal como preconizado pela DGS (2003), teve por base a mobilização da articulação coxofemoral intervencionada, fortalecimento muscular com exercícios isotônicos e treino de transferência, subida e descida de escadas e de marcha. O treino de marcha iniciou-se com duas canadianas, com marcha a três pontos<sup>29</sup> (Hoeman, 2011). Também no início o piso era regular e progrediu-se para irregular e depois com inclinação. Ao longo das sessões notou-se melhorias na força muscular e na qualidade da marcha, no final do estágio o senhor já realizada marcha com apoio de uma canadiana no lado não operado.

Nem sempre a intervenção do EEER tem como finalidade a melhoria da funcionalidade, em algumas situações tem como objetivo a manutenção das capacidades funcionais e a prevenção de complicações, com base em problemas reais e potenciais das pessoas.

Neste sentido foi elaborado um plano de intervenção de enfermagem de reabilitação de um jovem com Distrofia Muscular de Duchenne, cujos objetivos se centraram em otimizar a função respiratória e corrigir defeitos ventilatórios, prevenindo complicações e melhor/manter a força muscular e amplitude articular de modo a minimizar as consequências do declínio funcional. Foi ainda identificado um défice de autocuidado relacionado com a atividade e repouso, pois o jovem passava os dias em casa sem qualquer atividade recreativa e manifestava desejo de estudar. De modo a dar resposta a esta necessidade o jovem e a mãe foram orientados para os recursos da comunidade, através da articulação com a técnica de serviço social para a pesquisa de opções formativas que fossem ao encontro dos seus interesses e capacidades e, assim promover a sua participação e reinserção social, conforme descrito na categoria “promoção da inclusão social” dos enunciados descritivos dos PQCEER (Regulamento n.º 350/2015, 2015) e no artigo 81º do CDE (OE, 2005).

<sup>28</sup> Sistema de fixação com placa e parafuso dinâmico.

<sup>29</sup> Marcha a três pontos: as canadianas avançam, seguidas da perna doente e depois pela perna sã (Hoeman, 2011).

O EEER assume ainda o papel de gestor de obstáculos, estejam eles relacionados com fatores intrínsecos ou extrínsecos. Assim, no que diz respeito à responsabilidade do enfermeiro na identificação de barreiras arquitetónicas e orientação da pessoa e família para a sua anulação apresentamos duas situações. Uma delas é referente a uma situação de início do treino de marcha, em que foi sugerido à pessoa e cuidador que retirassem o tapete do corredor ou colocassem por baixo um material antiderrapante, no sentido de prevenir acidentes; noutra situação foi sugerido à pessoa que movesse a cama mais para o lado da janela para assim ter mais espaço do outro lado e, assim conseguir sair da cama com maior facilidade.

Também neste ensino clínico tive a oportunidade de prescrever, ensinar e instruir a pessoa e família para a utilização de produtos de apoio. Um dos exemplos foi a prescrição de um andarilho para o treino de marcha e, outro foi a prescrição de um banco de higiene com apoio de costas para o banho em base de duche.

#### 2.2.3 Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa

No sentido de potenciar o desenvolvimento pessoal foi importante a pesquisa bibliográfica relativa à anatomia e fisiologia cardiorrespiratória e motora, contribuindo assim para uma intervenção com base num corpo de conhecimentos científico e técnico.

No contexto de cuidados na comunidade, em determinadas situações foram instituídos treino de fortalecimento dos membros superiores e inferiores, bem como treinos respiratórios com base na reeducação no esforço (com o controlo da respiração na marcha e subida de escadas), com o objetivo de poupar energia e, assim, facilitar a realização das atividades de autocuidado. Numa outra situação, também relacionada com a gestão de energia, a pessoa foi orientada a organizar a casa de modo a que os utensílios de cozinha, produtos de higiene e a roupa estivessem guardados em armários mais baixos para facilitar a tarefa de arrumação e minimizar o dispêndio de energia.

Durante a permanência no centro de reabilitação tivemos a oportunidade de ficar durante três dias no departamento de Atividades de Vida Diária, uma atividade que não estava contemplada no projeto. Esta atividade, proposta a todos os estagiários da instituição, consideramos que seria uma mais-valia para o percurso formativo. Este departamento é destinado à pessoa em regime de internamento, com exceção da população pediátrica. Aqui o treino de atividades de vida diária é realizado à luz da realidade do domicílio da pessoa, nomeadamente, no que diz respeito ao treino de higiene, treino de vestuário e atividades associadas aos processos de eliminação, permitindo assim prepará-los para o regresso à comunidade. Aqui também a família tem uma voz, quando existe essa possibilidade o cuidador é convidado a visitar o departamento e, é também instruído sobre estratégias/técnicas facilitadoras do autocuidado.

No âmbito da Enfermagem, Doran (2011) defende que a identificação de *outcomes* é a chave para a utilização informada dos cuidados de saúde e, que o conhecimento por parte dos enfermeiros dos *outcomes* sensíveis aos cuidados de enfermagem permitem avaliar a qualidade e eficácia dos mesmos em situações agudas, na comunidade, no domicílio, nos cuidados de longa duração e na reabilitação, permitindo ainda avaliar os custos e o desempenho organizacional. Para a autora os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem dividem-se em: *status* funcional (capacidade de o indivíduo ser independente nas suas atividades de vida e na participação social); autocuidado; controlo de sintomas (conhecimento prévio sobre a doença, a sua gravidade e tratamento); segurança do paciente e satisfação do paciente (Doran, 2011).

A monitorização dos planos de cuidados concebidos reveste-se assim de grande importância, pois permite avaliar os resultados das intervenções propostas e readaptar as intervenções traçando novas metas de acordo com a evolução da pessoa, pelo que ao longo do ensino clínico houve o cuidado de reavaliar os planos de cuidados, através de escalas/instrumentos e, traçar novos objetivos. Este é um caminho para a visibilidade dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação, através do recurso a instrumentos objetivos e validados. O outro

caminho é pela via da investigação, não podemos continuar a permitir que todo o resultado do nosso trabalho se desvaneça por entre registos de enfermagem, é mandatário que se comece a apostar na produção científica na área de enfermagem de reabilitação. O nosso trabalho faz a diferença e como tal deve ser dado a conhecer.

Ao longo deste capítulo acredito ter ficado explícito a importância do EEER, que com o seu corpo de conhecimentos e experiência, cuida de pessoas com necessidades especiais, capacitando-as e maximizando a sua funcionalidade, com vista à reinserção social e exercício da cidadania. Com este relatório fica ainda patente a intervenção do EEER, enquanto agente promotor da funcionalidade da criança com alteração da funcionalidade de corrente de alterações congénitas ou neurológicas, ficando aqui premente a importância de um maior investimento dos enfermeiros no que concerne ao cuidado especializado de reabilitação à criança.

### **3. AVALIAÇÃO DAS APRENDIZAGENS DESENVOLVIDAS**

Durante este ensino clínico, recheado de experiências enriquecedoras, fomos confrontadas com situações diferentes da nossa prática de enfermagem, às quais tivemos de dar resposta e interpretar à luz do cuidado especializado em enfermagem de reabilitação. Vários foram os momentos de reflexão e análise das práticas que contribuíram para o nosso agir, para a nossa prestação de cuidados. A escolha destes dois campos de estágios – um direcionado para o adulto/idoso e outra para a criança – próprios na especificidade das populações a quem dão resposta, não poderia ter sido mais acertada, pois só assim pudemos realmente prestar cuidados especializados de enfermagem de reabilitação ao longo do ciclo de vida.

Segundo Hesbeen (2001), o enfermeiro dispõe de trunfos e de oportunidades para exercer a arte de cuidar, pela grande proximidade que existe entre si e o cliente, estendendo a sua área de intervenção mesmo além da intervenção dos outros profissionais de saúde. A enfermagem é a ciência e a arte de cuidar, um modo incondicional de amar e valorizar o próximo (Watson, 2002) e, da nossa experiência profissional pudemos constatar que o afeto é uma mais-valia, enquanto meio promotor da relação terapêutica, numa vertente holística dos cuidados prestados à criança e família. Esta premissa acompanhou-nos ao longo de todo o ensino clínico, o que consideramos ter sido benéfico para a nossa prática e para as pessoas de quem tivemos a oportunidade de cuidar.

O afeto manifesta-se de inúmeros modos nos cuidados de enfermagem. Diogo (2015) identifica no seu trabalho o “Promover um ambiente seguro e afetivo” como uma categoria major no que diz respeito ao cuidar com afeto a criança hospitalizada. Também no PQCEER o ambiente assume um papel importante na medida em que pode influenciar a estrutura e função do corpo e a capacidade de executar ações ou tarefas. Fazendo o paralelismo para a pessoa adulta/idoso, no contexto de cuidados na comunidade quando identificámos barreiras arquitetónicas e tentámos junto das famílias encontrar soluções, pode ser entendido como cuidar com afeto, uma vez que existe uma preocupação em promover um ambiente facilitador da envolvimento e

participação da pessoa idosa. O mesmo se pode dizer do uso da música nos cuidados à criança, que é identificada pelos enfermeiros como um modo de nutrir os cuidados com afeto (Zengerle-Levy, 2006).

Neste percurso, as maiores dificuldades vivenciadas estiveram relacionadas, na sua maioria, com a gestão do tempo e dinâmicas/políticas organizacionais, que condicionaram o trabalho desenvolvido. Outro fator menos positivo foi o facto de não termos tido a oportunidade de explorar melhor as competências do domínio da melhoria da qualidade e do maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa, do regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista e específicas do EEER, respetivamente.

Enquanto enfermeira toda a nossa experiência baseia-se na prestação de cuidados em contexto de cuidados de saúde secundários e, como tal não tínhamos uma opinião estrutura sobre o papel do enfermeiro no contexto de cuidados na comunidade. Nesta realidade não tivemos a oportunidade de colocar em prática o projeto de estágio, uma vez que este estava direcionado para a criança/família, no entanto esta primeira fase foi uma mais-valia, já que prestámos cuidados de enfermagem de reabilitação a pessoas adultas e sobretudo, idosos com alteração da mobilidade. Aqui tivemos a oportunidade de realizar treinos de marcha, treino de atividades de vida diária e outras intervenções que visavam a promoção da funcionalidade da pessoa e, como tal foram o ponto de partida da aquisição de um conjunto de competências que nos permitiram, na fase seguinte, agir com maior segurança.

Devido a questões organizacionais, durante oito das nove semanas deste ensino clínico em contexto da comunidade, existia apenas uma enfermeira para dar resposta às necessidade de reabilitação de uma população de 25 pessoas, o que significava intervir com cada uma delas apenas uma vez por semana. Revisando todo o percurso desta etapa tomámos consciência de que sem o envolvimento da pessoa e da família não teria sido possível obter ganhos em saúde resultantes da intervenção de enfermagem de reabilitação.



A chegada ao serviço de pediatria foi celebrada com um misto de expectativa, desejo de mudança e confiança, sentimos que seria a ponte de lançamento do projeto, que seriam alcançadas as restantes competências a que nos propusemos. O EEER tem uma intervenção importante na equipa multiprofissional, sendo o profissional mais próximo da criança e da família.

Neste serviço tivemos a oportunidade de implementar o projeto, pois cuidámos de crianças com alteração da mobilidade decorrente de causa congénita ou neurológica. Nesta realidade o trabalho do EEER é explícito no que diz respeito à promoção da funcionalidade destas crianças, pelo que conseguimos dar resposta à questão principal. O EEER promove a funcionalidade da criança com alteração da mobilidade de corrente causa congénita ou neurológica através da implementação de um programa de reeducação funcional motora, que contempla o treino de atividades de vida diária, mobilizações, atividades no leito, exercícios de fortalecimento muscular e treino de equilíbrio e marcha, tendo em conta a especificidade de cada situação e o papel ativo e participativo da criança e família em todo o processo.

Apesar dos resultados evidentes da atuação do EEER e, da oportunidade que tivemos para desenvolver as competências específicas de enfermagem de reabilitação, sinto que o trabalho desenvolvido poderia ter sido diferente. Da nossa avaliação, deveu-se ao fato de não existir perceção do trabalho desenvolvido pelos diferentes profissionais, já que não existe um processo clínico onde todos fazem o registo da sua intervenção, não sendo por isso possível organizar os cuidados no sentido de explorar aspetos que necessitem de maior atenção.

A aquisição de competências é um processo, representa um contínuo, e o ensino clínico foi o ponto de partida de toda esta aprendizagem, dezoito semanas de construção de uma identidade que daqui em diante se espera que se torne mais coesa.

O mesmo podemos afirmar relativamente ao projeto, tendo em conta o trabalho desenvolvido, necessitaríamos de mais tempo, ou até mesmo de uma intervenção

diferente para aprofundar quais as intervenções do EEER facilitadoras da integração da criança com alteração da mobilidade na comunidade. Decorrente do ensino clínico e dos estudos apresentados, foi possível constatar que existe um conjunto de intervenções promotoras da funcionalidade destas crianças, no entanto questiono-me no que isso se traduz quando falamos da sua integração nas escolas, por exemplo. Gostaríamos de ter explorado, no que diz respeito à criança, qual a participação do enfermeiro na sensibilização da comunidade para a adoção de práticas inclusivas.

O modo como a problemática foi apresentada ao longo deste relatório é apenas umas das perspetivas de abordar o tema. Outra perspetiva interessante teria sido explorar qual o impacto da incapacidade, que resulta da alteração da mobilidade, enquanto situação crónica, na família<sup>30</sup> e, qual a intervenção dos pais na promoção da funcionalidade da criança.

Na criança/jovem a doença crónica pode ser definida como aquela que apresenta no imediato ou num período de tempo mais alargado uma ou mais das seguintes consequências: limitação na função esperada para a idade e estágio de desenvolvimento; necessidade de medicação habitual ou dieta específica como forma de controlo da doença ou com vista à funcionalidade esperada; dependência de tecnologia médica; necessidade de mais serviços/cuidados de saúde do que o habitual para uma criança na mesma idade; tratamentos específicos em casa ou na escola (Jackson, 2002). O próprio significado que os pais atribuem à doença crónica, querendo com isto dizer nova condição de saúde, relaciona-se com determinadas características da própria doença, nomeadamente, a gravidade e funcionalidade, visibilidade, evolução, início, etiologia, raridade e o tratamento (Barros, 2003) e, também o contexto que na maioria das vezes é um obstáculo à inclusão (DGS, 2004).

---

<sup>30</sup>Família: sistema em que os diferentes elementos estão interligados entre si e com o meio, uma complexa rede de interação em que o comportamento de um elemento afeta os outros e toda a dinâmica familiar (Jorge, 2004).

Neste sentido, importa salientar o papel preponderante dos pais neste processo de construção de uma nova identidade, eles melhor que ninguém conhecem os seus filhos e podem e devem ser considerados elementos chave na recuperação/readaptação da criança, pelo que cabe ao enfermeiro especialista desenvolver em parceria com a criança e pais estratégias de resolução de problemas (Regulamento n.º 122/2011, 2011), sendo da competência do EEER “o planeamento conjunto com o cliente, das estratégias de Reabilitação a implementar, resultados esperados e metas a atingir de forma a promover a sua autonomia, qualidade de vida, reintegração e participação na sociedade maximizando os diferentes recursos da comunidade” (Regulamento n.º 350/2015, 2015, pp.16658).

Assim, no sentido de determinar o impacto da nova condição de saúde e, de que modo os pais/família promovem a funcionalidade da criança é também essencial explorar que necessidades, receios, crenças e expectativas estão envolvidos para assim promover um envolvimento da família no plano de cuidados e obter ganhos efetivos.

Ser conselheiro e perito na sua área de intervenção, articulando-se com outros elementos da equipa de enfermagem para garantir a continuidade de cuidados é o que se espera do EEER. No decorrer do percurso formativo, as experiências vividas, o conhecimento resultante da investigação realizada, a nossa experiência profissional e as crenças e valores de todos aqueles de quem cuidamos contribuíram para que passássemos a ser consideradas como um elemento da equipa, tendo também um papel de conselheira para o grupo de pares e restante equipa de enfermagem, na medida em que passamos a ter voz ativa nas passagens de turno, nos momentos de reflexão sobre as práticas e opções de melhoria, bem como nas reuniões multiprofissionais como se verificou no serviço de internamento de pediatria.

Da avaliação global do ensino clínico, é possível afirmar que a aquisição das competências esperadas para este percurso foi alcançada com sucesso, opinião validada por ambas as EEER por quem tive o privilégio de ser orientada (Apêndice VI).

Pelo exposto é possível afirmar que os cuidados implementados foram de encontro aos enunciados descritivos dos PQCEER no que diz respeito à satisfação do cliente (respeito pela autonomia, reforço positivo e elogias, discussão dos objetivos e metas com a pessoa e família), promoção da saúde (identificação de barreiras arquitetónicas), prevenção de complicações (identificação de riscos de alteração da funcionalidade), bem-estar e autocuidado (prescrição de produtos de apoio, referenciação para outros profissionais, ensino e treino de técnicas promotoras do autocuidado), readaptação funcional (envolver a pessoa e família no processo de cuidados usando os recursos existentes no domicílio) e reeducação funcional (planeamento conjunto com a pessoa e família da estratégias a implementar, resultados esperados e metas a atingir) (Regulamento n.º 350/2015, 2015), contribuindo assim para a aquisição das competências EEER.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS E PERSPETIVAS PARA O FUTURO**

A implementação do projeto de estágio Promoção da Funcionalidade da Criança com Alteração da Mobilidade Decorrente de Causa Congénita ou Neurológica teve como objetivo a aquisição de competências especializadas em enfermagem de reabilitação, através das atividades desenvolvidas ao longo do ensino clínico e aqui apresentadas.

A temática foi selecionada com o intuito de adquirir competências que no futuro me permitam, no nosso contexto de trabalho, prestar cuidados especializados em enfermagem de reabilitação promotores de autocuidado, centrados na criança e família, de modo a maximizar as capacidades e prevenir complicações, garantindo que eventuais incapacidades resultem da sua condição de saúde e não devido à ausência de cuidados especializados.

O Colégio de Especialidade de Enfermagem de Reabilitação (2015) identifica as intervenções autónomas do EEER na área da função motora como uma das áreas de investigação prioritária de maior interesse para a especialidade e, durante o ensino clínico verificou-se que de fato esta é uma das áreas mais desenvolvidas da prática do EEER, tanto em contexto comunitário como no serviço de internamento de pediatria. No entanto, da revisão da literatura realizada, constatou-se que existe escassa produção científica na área de enfermagem no que concerne a intervenções que visem a maximização da função motora da criança com alteração da mobilidade.

Pelo exposto pensamos ser necessário dar maior visibilidade às intervenções especializadas em enfermagem de reabilitação, pelo que cabe a nós trabalhar no sentido de construir conhecimento científico na nossa área de intervenção e, assim contribuir para a explicitação da figura do EEER.

Tendo em conta estas duas constatações pretendo no futuro desenvolver duas atividades. A primeira será contribuir para a explicitação da intervenção do EEER na promoção da funcionalidade da criança com alteração da mobilidade, através de

publicações. Por outro lado, um desejo mais ambicioso será formar, na instituição onde trabalhamos, uma equipa de enfermagem de reabilitação responsável pelo processo de reabilitação da pessoa ao longo do ciclo de vida.

Ao longo das 18 semanas de ensino clínico ficou evidente a importância do EEER no cuidado à pessoa idosa em contexto comunitário e no cuidado à criança em contexto hospitalar. O EEER promove a funcionalidade da criança com alteração da mobilidade através da conceção, implementação, avaliação e redefinição de um programa de intervenção de enfermagem de reabilitação ao nível da reeducação funcional motora, sensorial, cognitiva, cardio-respiratória, da alimentação, eliminação e sexualidade, em parceria com a criança e família, do qual resultam ganhos em saúde.

Apesar da reconhecida importância da intervenção do EEER no cuidado à criança em contexto hospitalar, constatou-se que a necessidade de reabilitação se transporta para a comunidade, no regresso a casa. Este percurso permitiu-nos refletir sobre o quão importante seria transferir estes cuidados de reabilitação para a comunidade. Assim, para reflexão deixamos este desafio: para quando a integração da criança na RNCCI, com o objetivo de cuidar e maximizar as suas capacidades? Em contexto hospitalar estas recebem todo o acompanhamento necessário, mas quando regressam ao domicílio quais os apoios que recebem? Algumas são acompanhadas pelas equipas locais de intervenção, mas entre os 6 e os 18 anos que rede de apoio existe na comunidade?

Assim, pensamos que a integração de um EEER nessas equipas seria uma mais-valia, na medida, em que este com o seu conhecimento e experiência adquiridas tem a capacidade de desenvolver um programa que dê resposta às necessidades das famílias e crianças com alterações ou em risco de apresentar alterações nas estruturas ou funções do corpo, promovendo assim a sua participação social. Também os pais necessitam deste apoio, pelo que podemos então formular a seguinte questão: como se processa o apoio a estes pais e onde fica a esperança<sup>31</sup>?

---

<sup>31</sup> Emoção associada a espetos como sentimento de “confiança nos outros e no futuro (...) entusiasmos pela vida (...) desejo de viver (...) otimismo (...) traçar de objetivos e mobilização de energia” (International Council of

Qual a importância da construção da esperança nos pais de crianças com doença crónica? Como podemos nós EEER contribuir para a construção desse sentimento de otimismo e confiança no futuro?

De acordo com Charepe (2008) podemos contribuir para a construção deste sentimento através do respeito pela subjetividade da esperança, da qual fazem parte crenças religiosas e culturais, o respeito pelas metas e objetivos traçados pelos pais e, a orientação destes para outros profissionais e serviços na comunidade. A mesma autora na sua tese de doutoramento explorou a importância dos grupos de ajuda mútua no desenvolvimento da esperança nos pais de crianças com doença crónica, da qual resultou o Modelo de Intervenção em Ajuda Mútua Promotor de Esperança. Esta poderia ser outra via a ser explorada, nomeadamente quais os benefícios de uma intervenção promotora de esperança na adesão dos pais de crianças com alteração da mobilidade ao plano de intervenção de enfermagem de reabilitação.

Em suma, as vivências, experiências e momentos deste percurso permitiram-nos alcançar os objetivos traçados e enriqueceram o nosso percurso. Pelo crescimento pessoal e profissional que proveio do contato com as pessoas, famílias e profissionais de saúde com quem nos cruzamos, esperamos que este relatório possa contribuir para o desenvolvimento de uma intervenção especializada em enfermagem de reabilitação face à problemática da alteração da funcionalidade da pessoa ao longo do ciclo de vida.

---

Nurses & OE, 2016, p. 57), constituída pelas dimensões afetiva, cognitiva, comportamental, afiliativa, temporal e contextual (Cutcliffe & Herth, 2002).





## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alarcão, I. & Rua, M. (2005). Interdisciplinaridade, estágios clínicos e desenvolvimento de competências. *Texto Contexto Enfermagem*, 14 (3), 373-382. Acedido a 21-02-2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v14n3/v14n3a08>
- Amorim, R. (2010). Reabilitação. *Revista do Hospital de Crianças Maria Pia*, XIX (3), 189-191. Acedido a 01-04-2016. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/nas/v19n3/v19n3a16.pdf>
- Barros, L. (2003). *Psicologia Pediátrica: Perspectiva Desenvolvimentista*. Lisboa: Climepsi.
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito: Excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Bobath, B. & Bobath, K. (1956). The Diagnosis of Cerebral Palsy in Infancy. *Archives Of Disease In Childhood*, 31 (159), 408-414. Acedido a 01-04-2016. Disponível em: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=10&sid=26905042-5a2b-4a29-815d-00d52cfd55c7%40sessionmgr4004&hid=4101>
- Borella, M. & Sacchelli, T. (2009). Os efeitos da prática de atividades motoras sobre a neuroplasticidade. *Revista Neurociências*, 17 (2), 161-169. Acedido a 24-02-2017. Disponível em: <http://revistaneurociencias.com.br/edicoes/2009/RN%2017%2002/14.pdf>
- Braz, P., Machado, A., Roquette, R. & Dias, C. M. (2015). *Registo Nacional de Anomalias Congénitas: relatório de 2000-2010: 11 anos de vigilância em Portugal*. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. Acedido a 11-05-2016. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.18/2575>
- Brianeze, A., Cunha, A., Peviani, S., Miranda, V., Tognetti, V., Rocha, N. & Tudella, E. (2009). Efeito de um programa de fisioterapia funcional em crianças com paralisia cerebral associado a orientações aos cuidadores: estudo preliminar. *Fisioterapia e Pesquisa*, 16 (1), 40-45. Acedido a 08-02-2016. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-29502009000100008](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-29502009000100008)

Caetano, A. & Vala, J. 2002. *Gestão de Recursos Humanos - contextos, processos e técnicas*. Lisboa: RH Editora.

Cardoso, A. 2008. *Recrutamento e Seleção de Pessoal*. Lisboa: LIDEL - Edições Técnicas, Lda.

Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão (2002). *Como viver com uma lesão medular e manter-se saudável*. Alcabideche: [s.n]. Acedido a 23-12-2016. Disponível em:

[https://dl.dropboxusercontent.com/u/73930780/Manual\\_LVM\\_Vers%C3%A3o\\_Digital\\_28062016.pdf](https://dl.dropboxusercontent.com/u/73930780/Manual_LVM_Vers%C3%A3o_Digital_28062016.pdf)

Chan, C.L., You, H.J., Huang, H.T. & Ting, H.W. (2012). Using an integrated COC index and multilevel measurements to verify the care outcome of patients with multiple chronic conditions. *BMC Health Services Research*, 12, 1-12. Acedido a 10-03-2017. Disponível em:

[http://download.springer.com/static/pdf/361/art%253A10.1186%252F1472-6963-12-405.pdf?originUrl=http%3A%2F%2Fbmchealthservres.biomedcentral.com%2Farticle%2F10.1186%2F1472-6963-12-405&token2=exp=1489145438~acl=%2Fstatic%2Fpdf%2F361%2Fart%25253A10.1186%25252F1472-6963-12-405.pdf\\*~hmac=91d2c61b7f535e611e96303dec0a89bf8ccbdac67b9615636f81ac43cb36a970](http://download.springer.com/static/pdf/361/art%253A10.1186%252F1472-6963-12-405.pdf?originUrl=http%3A%2F%2Fbmchealthservres.biomedcentral.com%2Farticle%2F10.1186%2F1472-6963-12-405&token2=exp=1489145438~acl=%2Fstatic%2Fpdf%2F361%2Fart%25253A10.1186%25252F1472-6963-12-405.pdf*~hmac=91d2c61b7f535e611e96303dec0a89bf8ccbdac67b9615636f81ac43cb36a970)

Charepe, Z. (2008). (Re) Construir a Esperança nos Pais de Crianças com Doença Crónica. Implementação de um projecto orientador de boa prática. In: *Servir*, 56 (5), 180-183. Acedido a 14-04-2017. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/259398480\\_Re\\_Construir\\_a\\_Esperanca\\_nos\\_Pais\\_de\\_Crianças\\_com\\_Doença\\_Crónica\\_Implementação\\_de\\_um\\_projecto\\_orientador\\_de\\_boa\\_prática](https://www.researchgate.net/publication/259398480_Re_Construir_a_Esperanca_nos_Pais_de_Crianças_com_Doença_Crónica_Implementação_de_um_projecto_orientador_de_boa_prática)

Colégio de Especialidade de Enfermagem de Reabilitação (2015). *Áreas Investigação Prioritárias para a Especialidade de Enfermagem de Reabilitação*. Porto: Ordem dos Enfermeiros. Acedido a 21-05-2016. Disponível em:

[http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/2015/MCEER\\_Assembleia/Aras\\_Investigacao\\_Prioritarias\\_para\\_EER.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/2015/MCEER_Assembleia/Aras_Investigacao_Prioritarias_para_EER.pdf)

Collière, M.F (2003). *Cuidar...A primeira arte da vida* (2ª ed.). Camarate: Lusociência.

Consortium for Spinal Cord Medicine (2009). *Respiratory Management Following Spinal Cord Injury: What You Should Know. A Guide for People with Spinal Cord Injury*. Nova Iorque: Paralyzed Veterans of America. Acedido a 03-01-2017. Disponível em: <http://www.learnicu.org/docs/guidelines/cspmrespiratorymanagement.pdf>

Costa-Dias, M. & Ferreira, P. (2014). Escalas de Avaliação de Risco de Quedas. In: *Revista de Enfermagem Referência*, 2, 153-161. Acedido a 13-04-2017. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserlVn2/serlVn2a16.pdf>

Cutcliffe, J. & Herth K. (2002). The concept of hope in nursing 1: its origins, background and nature. In: *British Journal of Nursing*, 11 (12), 832-840. Acedido a 14-04-2017. Disponível em: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&sid=1e68aef2-700a-4b08-84ad-d40e2d8199fa%40sessionmgr102&hid=101>

Dalvand, H., Dehghan, L., Feizi, A., Hosseini, S. & Amirsalari, S. (2013). The Impacts of Hinged and Solid Ankle-Foot Orthoses on Standing and Walking in Children with Spastic Diplegia. *Iranian Journal of Child Neurology*, 7 (4), 12-19. Acedido a 23-02-2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3943047/pdf/ijcn-7-012.pdf>

Decreto-Lei n.º 93/2009 de 16 de Abril do Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social (2009). *Diário da República*: 1ª Série, n.º 74, 2275-2277. Acedido a 23-02-2017. Disponível em: <https://dre.pt/application/file/a/603804>

Diogo, P. (2015). *Trabalho com as Emoções em Enfermagem Pediátrica - Um Processo de Metamorfose da Experiência Emocional no Ato de Cuidar*. Loures: Lusodidacta.

Direção-Geral da Saúde (2003). *Fracturas da Extremidade Proximal do Fémur no Idoso: Recomendações para Intervenção Terapêutica*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Acedido a 24-02-2017. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/234015429\\_Fracturas\\_da\\_extremidade\\_proximal\\_do\\_femur\\_no\\_idoso](https://www.researchgate.net/publication/234015429_Fracturas_da_extremidade_proximal_do_femur_no_idoso)

Direção-Geral da Saúde (2004). *CIF - Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Acedido a 24-03-2016. Disponível em: [http://www.inr.pt/uploads/docs/cif/CIF\\_port\\_%202004.pdf](http://www.inr.pt/uploads/docs/cif/CIF_port_%202004.pdf)

Direção-Geral da Saúde (2011<sup>a</sup>). *Acidente Vascular Cerebral: Prescrição de Medicina Física e de Reabilitação*. Norma n.º 054/2011. Acedido a 20-11-2016. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0542011-de-27122011.aspx>

Direção-Geral da Saúde (2011<sup>b</sup>). *Escala de Braden: Versão Adulto e Pediátrica (Braden Q)*. Orientação n.º 017/2011. Acedido a 20-11-2016. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0172013-de-05122013.aspx>

Direção-Geral da Saúde (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. Norma n.º 010/2013. Acedido a 12-02-2017. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0102013-de-31052013.aspx>

Direção-Geral da Saúde (2017). *Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde*. Norma n.º 001/2017. Acedido a 21-02-2017. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas.aspx?cachecontrol=1487682278431>

Doran, D. (2011). *Nursing Outcomes: The state of the science* (2<sup>nd</sup>ed.). Ontário: Jones & Bartlett Learning.

Edvardsson, D. & Innes, A. (2010). Measuring person-centered care: A critical comparative review of published tools. *Gerontologist*, 50 (6), 834-846. Acedido a 15-05-2017. Disponível em:

<https://academic.oup.com/gerontologist/article/50/6/834/629558/Measuring-Person-centered-Care-A-Critical>

Engle, G. L. (2012). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Psychodynamic Psychiatry*, 40 (3), 377-396. Acedido a 28-03-2016. Disponível em: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=10&sid=82b70a30-22d1-4ab1-8fb5-c9a4bde74fea%40sessionmgr110&hid=109>

Faria, F. (2006). Lesões vértebro-medulares – A perspectiva da reabilitação. *Revista Portuguesa de Pneumologia*, 12 (1), 45-53. Acedido a 23-12-2017. Disponível em: [http://ac.els-cdn.com/S0873215915304670/1-s2.0-S0873215915304670-main.pdf?\\_tid=ef2f211e-cc6f-11e6-ab7f-00000aacb361&acdnat=1482869360\\_ef4bebe57395dad7d266524c43c27aa5](http://ac.els-cdn.com/S0873215915304670/1-s2.0-S0873215915304670-main.pdf?_tid=ef2f211e-cc6f-11e6-ab7f-00000aacb361&acdnat=1482869360_ef4bebe57395dad7d266524c43c27aa5)

Federação das Associações Portuguesas de Paralisia Cerebral (2012). *Programa de Vigilância Nacional da Paralisia Cerebral aos 5 anos de idade*. Lisboa: Federação das Associações Portuguesas de Paralisia Cerebral. Acedido a 26-05-2016. Disponível em: [http://www.neuropediatria.pt/pdf/Relatorio\\_PVNPC5A\\_2001-2003\\_obra\\_completa\\_v2.pdf](http://www.neuropediatria.pt/pdf/Relatorio_PVNPC5A_2001-2003_obra_completa_v2.pdf)

Ferreira, D. M., Salles, B. F., Marques, D. V. M., Furieri, M., Bonomo, L. M. M., Salles, F. L. P. & Andrade, M. (2009). Funcionalidade de crianças com e sem Síndrome de Down. *Revista Neurociência*, 17 (3), 231-238. Acedido a 01-04-2016. Disponível em: <http://www.revistaneurociencias.com.br/edicoes/2009/RN%2017%2003/389%20original%20pdf.pdf>

Fleury, M., & Fleury, A. (2001). Construindo o Conceito de Competência. *Revista de Administração Contemporânea*, 183-196. Acedido a 12-03-2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rac/v5nspe/v5nspea10.pdf>

Freitas, A. G., Sutani, J., Pires, M. A. & Prada, S. H. (2010). *Revista Neurociências*, 18 (2), 199-203. Acedido a 24-02-2017. Disponível em: <http://www.revistaneurociencias.com.br/edicoes/2010/RN1802/384%20relato%20de%20caso.pdf>

Ganesan, V., Hogan, A., Shack, N., Gordon, A., Isaacs, E. & Kirkham, F. J. (2000). Outcome after ischemic stroke in childhood. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 42, 455-461. Acedido a 21-06-2016. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/12350527\\_Outcome\\_after\\_ischemic\\_stroke\\_in\\_childhood?el=1\\_x\\_8&enrichId=rgreq-069ccaade3f64f120df7dabf648175a6-XXX&enrichSource=Y292ZXJQYWdIOzM4MDU4MDQyO0FTOjEwNTE0NzYxMDk1OTg3M0AxNDAYMDgwNTUyNDE1](https://www.researchgate.net/publication/12350527_Outcome_after_ischemic_stroke_in_childhood?el=1_x_8&enrichId=rgreq-069ccaade3f64f120df7dabf648175a6-XXX&enrichSource=Y292ZXJQYWdIOzM4MDU4MDQyO0FTOjEwNTE0NzYxMDk1OTg3M0AxNDAYMDgwNTUyNDE1)

Heitor, M. C., Tapadinhas, M. C., Ferreira, J. M., Olazabal, M. & Maia, M. O. (1988). *Reeducação Funcional Respiratória* (2ª ed). Lisboa: Boehringer Ingelheim.

Hesbeen, W. (2001). *Qualidade em Enfermagem – Pensamento e acção na perspectiva do cuidar*. Loures: Lusociência.

Hesbeen, W. (2003). *A reabilitação: criar novos caminhos*. Loures: Lusociência.

Hockenberry, M. J. & Wilson, D. (2014). *Wong: Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9ª ed.) (Vol 1). Loures: Lusociência.

Hoeman, S. P. (2011). *Enfermagem de Reabilitação - Prevenção, Intervenção e Resultados Esperados* (4ª ed.). Loures: Lusodidacta.

Hsieh, J. T., Wolfe, D. L., Miller, W. C., Curt, A. & SCIRE Research Team (2008). Spasticity outcome measures in spinal cord injury: psychometric properties and clinical utility. In: *Spinal Cord*, 46, 86-95. Acedido a 13-04-2017. Disponível em: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=c84d28ff-7441-4d63-9a8d-0c686640b0d2%40sessionmgr4007&vid=1&hid=4109>

<http://www.wfmt.info/wfmt-new-home/about-wfmt/>. Acedido a 12-03-2017.

International Association for the Study of Pain (2012). *Curriculum Outline on Pain for Nursing*. Acedido a 09/01/2016. Disponível em: <http://www.iasp-pain.org/AM/Template.cfm?Section=Nursing>

International Council of Nurses & Ordem dos Enfermeiros (2016). *CIPE versão 2015: Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Loures: Lusodidacta

Jackson, P. (2002). The primary care provider and children with chronic conditions. In: P. Jackson & J. Vessey (Coords). *Primary Care of the Child with a Chronic Condition* (2<sup>nd</sup> ed.) (pp.3-15). St. Louis: Mosby.

Johnson, A. (2002). Prevalence and characteristics of children with cerebral palsy in Europe. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 44, 433-440. Acedido a 21-06-2016. Disponível em:

[http://ec.europa.eu/health/ph\\_information/dissemination/diseases/docs/perinatal10\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_information/dissemination/diseases/docs/perinatal10_en.pdf)

Johnstone, M. (1979). *O paciente hemiplégico: princípios de reabilitação*. São Paulo: Manole.

Jorge, A. M. (2004). *Família e Hospitalização da Criança-(Re)Pensar o Cuidar em Enfermagem*. Loures: Lusociência.

Kuppermann, N. et al (2009). Identification of children at very low risk of clinically important brain injuries after head trauma: a prospective cohort study. *Lancet*, 374, 1160-1170. Acedido a 21-06-2016. Disponível em:

[https://www.pecarn.org/documents/Kuppermann\\_2009\\_The-Lancet.pdf](https://www.pecarn.org/documents/Kuppermann_2009_The-Lancet.pdf)

Lo, W., Zamel, K., Ponnappa, K., Allen, A., Chisolm, D., Tang, M. (...) Yeates, K. O. (2008). The Cost of Pediatric Stroke Care and Rehabilitation. *Stroke*, 39, 161-166.

Acedido a 21-06-2016- Disponível em:

[https://www.researchgate.net/publication/5814347\\_The\\_Cost\\_of\\_Pediatric\\_Stroke\\_Care\\_and\\_Rehabilitation](https://www.researchgate.net/publication/5814347_The_Cost_of_Pediatric_Stroke_Care_and_Rehabilitation)

Malheiro, M. I. (2011). Efeitos dos Campos terapêuticos na Funcionalidade, Autoestima, Autoconceito e Autoeficácia da Criança e do Adolescente com Incapacidade e/ou Doença Crónica: Uma Revisão Sistemática da Literatura. *Pensar Enfermagem*, 2º Semestre 15 (2), 26-40.

Marcelo, C. (2009). Desenvolvimento Profissional Docente: passado e futuro. *Sísifo/Revista de Ciências da Educação*, 8, 7-22. Acedido a 12-03-2017. Disponível em:

[https://www.researchgate.net/publication/28320314\\_Desenvolvimento\\_Profissional\\_Docente\\_passado\\_e\\_futuro](https://www.researchgate.net/publication/28320314_Desenvolvimento_Profissional_Docente_passado_e_futuro)



Martinez, J. A., Pádua, A. I. & Filho, J. T. (2004). Dispneia. *Medicina*, 37, 199-207. Acedido a 18-10-2016. Disponível em: [http://revista.fmrp.usp.br/2004/vol37n3e4/2\\_dispneia.pdf](http://revista.fmrp.usp.br/2004/vol37n3e4/2_dispneia.pdf)

Matter, B., Feinberg, M., Schomer, K., Harniss, M., Brown, P. & Johnson, K. (2009). Information Needs of People With Spinal Cord Injuries. *The Journal of Spinal Cord Medicine*, 32 (5), 545-554. Acedido a 03-01-2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2792460/pdf/j1079-0268-32-5-545.pdf>  
National Spinal Cord Injury Statistical Center (2016). *Spinal Cord Injury (SCI) Facts and Figures at a Glance*. Acedido a 03-03-2017. Disponível em: [http://www.msctc.org/lib/docs/Data\\_Sheets\\_/SCI\\_Facts\\_and\\_Figures\\_2016.pdf](http://www.msctc.org/lib/docs/Data_Sheets_/SCI_Facts_and_Figures_2016.pdf)

Núcleo de Estudos de Geriatria da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna [s.d]. *Avaliação Geriátrica*. [s.l]: Sociedade Portuguesa de Medicina Interna. Acedido a 20-11-2016. Disponível em: [http://www.spmi.pt/wp-content/uploads/GERMI\\_36.pdf](http://www.spmi.pt/wp-content/uploads/GERMI_36.pdf)

Ordem dos Enfermeiros (2005). *Código Deontológico do Enfermeiro: dos comentários à análise de casos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido a 20-02-2017. Disponível em: [http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/CodigoDeontologicoEnfermeiro\\_edicao2005.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/CodigoDeontologicoEnfermeiro_edicao2005.pdf)

Ordem dos Enfermeiros (2008). *Dor – Guia Orientador de Boa Prática*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido a 09/01/2016. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/cadernosoe-dor.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2009). *Guia de boa prática de cuidados de enfermagem à pessoa com traumatismo vertebro-medular*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido a 23-12-2017. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/documents/cadernosoequiavertebro.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2015). *Deontologia Profissional de Enfermagem*. Lisboa: Ordem dos enfermeiros. Acedido a 20-02-2017. Disponível em: [http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/LivroCJ\\_Deontologia\\_2015\\_Web.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/LivroCJ_Deontologia_2015_Web.pdf)



Orem, D. E. (2001). *Nursing: concepts of practice* (6ª ed.). Missouri: Mosby.

Pancotte, J., Casanova, D. & Amaral, R. (2014). Efeitos do alongamento e do treino de motricidade fina em acidente vascular encefálico: estudo de caso. *EFDeportes.com-Revista Digital*, 188. Acedido a 24-02-2017. Disponível em: <http://www.efdeportes.com/efd188/alongamento-em-acidente-vascular-encefalico.htm>

Pereira, R., Cardoso M. & Martins, M. (2012). Atitudes e barreiras à prática de enfermagem baseada na evidência em contexto comunitário. *Revista de Enfermagem Referência*, 7, 55-62. Acedido a 21-02-2017. Disponível em: <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/pdf/ref/vserIIIn7/serIIIn7a06.pdf>

Petronilho, F. (2012). *Autocuidado: conceito central da enfermagem*. Coimbra: Formasau.

Pinto, H., Mota, T.C., Aparício, J. M., Ribeiro, A., Cunha, F., Carvalho, J. ... Carreiro, E. (2005). Traumatismos Vértebro-Medulares. Revisão 5 anos (1999-2003). *Acta Pediátrica Portuguesa*, 36 (6), 297-303. Acedido a 03-01-2017. Disponível em: [http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=5&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwjF0q-D8aXRAhWGshQKHVQvDdEQFghDMAQ&url=http%3A%2F%2Factapediatrica.spp.pt%2Farticle%2Fdownload%2F4911%2F3708&usq=AFQjCNG5\\_y7NQRz9gRswY-BlsQxxqvq53w&sig2=WrsBOeGBNyo8CFLbUANr4w&bvm=bv.142059868,d.d2s](http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=5&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwjF0q-D8aXRAhWGshQKHVQvDdEQFghDMAQ&url=http%3A%2F%2Factapediatrica.spp.pt%2Farticle%2Fdownload%2F4911%2F3708&usq=AFQjCNG5_y7NQRz9gRswY-BlsQxxqvq53w&sig2=WrsBOeGBNyo8CFLbUANr4w&bvm=bv.142059868,d.d2s)

Pinto, M. (2009). Vigilância do desenvolvimento psicomotor e sinais de alarme. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 25, 677-687. Acedido a 20-05-2016. Disponível em: <http://repositorio.chlc.min-saude.pt/bitstream/10400.17/1584/1/Rev%20Port%20Clin%20Ger>

Potter, P., & Perry, A. (2006). *Fundamentos de enfermagem: conceitos e procedimentos* (5ª ed.). Loures: Lusociência.

Regulamento n.º 122/2011 de 18 de Fevereiro da Ordem dos Enfermeiros (2011). Diário da República: 2.ª Série, n.º 35, 8648-8653. Acedido a 19-11-2015. Disponível em: <https://dre.pt/application/file/3477087>

Regulamento n.º 350/2015 de 22 de Junho da Ordem dos Enfermeiros (2015). Diário da República: 2.ª Série, n.º 119, 16655-16660. Acedido a 19-11-2015. Disponível em: <https://dre.pt/application/file/67552328>

Regulamento n.º 351/2015 de 22 de Junho da Ordem dos Enfermeiros (2015). Diário da República: 2.ª Série, n.º 119, 16660-16665. Acedido a 20-05-2016. Disponível em: <https://dre.pt/application/file/67552329>

Restrepo, R., Wettstein, R., Wittnebel, L. & Tracy, M. (2011). Incentive Spirometry: 2011. *Respiratory Care*, 56 (10), 1600-1604. Acedido a 03-01-2017. Disponível em: <http://www.rcjournal.com/cpgs/pdf/10.11.1600.pdf>

Rosamond, W., Flegal, K., Furie, K., Go, A., Greenlund, K., Haase, N. (...) Hong, Y. (2008). Heart Disease and Stroke Statistics—2008 Update A Report From the American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. *Circulation*, 117, e26-e146. Acedido a 21-06-2016. Disponível em: <http://circ.ahajournals.org/content/117/4/e25.full.pdf+html>

Santos, E., & Fernandes, A. (2004). Prática reflexiva: Guia para a reflexão estruturada. *Referência*, 11, 59-62. Acedido a 21-02-2017. Disponível em: [https://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwjg-8L2xaHSAhVDMhoKHSFIDrEQFggZMAA&url=https%3A%2F%2Fweb.esenfc.pt%2Fv02%2Fpa%2Fconteudos%2FdownloadArtigo.php%3Fid\\_ficheiro%3D215%26codigo%3D&usq=AFQjCNGp6NtGhhcy\\_ez21zzlHk8aOYnO\\_w&sig2=a5pFe3mJZcFUYsAbwTXOGg&bvm=bv.147448319,d.d2s](https://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwjg-8L2xaHSAhVDMhoKHSFIDrEQFggZMAA&url=https%3A%2F%2Fweb.esenfc.pt%2Fv02%2Fpa%2Fconteudos%2FdownloadArtigo.php%3Fid_ficheiro%3D215%26codigo%3D&usq=AFQjCNGp6NtGhhcy_ez21zzlHk8aOYnO_w&sig2=a5pFe3mJZcFUYsAbwTXOGg&bvm=bv.147448319,d.d2s)

Silva, D., Pfeifer, L., & Funayama, C. (2007). *Sistema de Classificação da Função Motora Grossa: Ampliado e Revisto*. Canada. Acedido a 08-02-2016. Disponível em: [https://canchild.ca/system/tenon/assets/attachments/000/000/075/original/GMFCSER\\_Translation-Portuguese2.pdf](https://canchild.ca/system/tenon/assets/attachments/000/000/075/original/GMFCSER_Translation-Portuguese2.pdf)

Soares, N. & Dall'Agnol, C. (2011). Privacidade dos pacientes – uma questão ética para a gerência do cuidado em enfermagem. *Acta Paulista de Enfermagem*, 24 (5), 683-688. Acedido a 18-11-2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v24n5/14v24n5.pdf>

Sousa, M. F. A. (2003). A formação contínua em enfermagem: Estudo nas perspectivas do enfermeiro. *Nursing*, 175, p.28-33.

Stouffer, J. W., Shirk, B. J. & Polomano, R. C. (2007). Practice guidelines for music interventions with hospitalized pediatric patients. *Journal of Pediatric Nursing*, 22 (6), 448-456. Acedido a 30/03/2010. Disponível em: [https://vpn.esel.pt/http/0/www.sciencedirect.com/science?\\_ob=MIimg&\\_imagekey=B6WKM-4R68KNH-B-1&\\_cdi=6910&\\_user=4600351&\\_pii=S0882596307002205&\\_orig=search&\\_coverDate=12%2F31%2F2007&\\_sk=999779993&\\_view=c&\\_wchp=dGLbVlbzSkzk&\\_md5=b26923d1b121783ac62a7daa9ba4d611&\\_ie=/sdarticle.pdf](https://vpn.esel.pt/http/0/www.sciencedirect.com/science?_ob=MIimg&_imagekey=B6WKM-4R68KNH-B-1&_cdi=6910&_user=4600351&_pii=S0882596307002205&_orig=search&_coverDate=12%2F31%2F2007&_sk=999779993&_view=c&_wchp=dGLbVlbzSkzk&_md5=b26923d1b121783ac62a7daa9ba4d611&_ie=/sdarticle.pdf)

Suhonen, R., Välimäki, M., & Leino-Kilpi, H. (2008). A review of outcomes of individualised nursing interventions on adult patients. *Journal of Clinical Nursing*, 17 (7), 843-860. Acedido a 28/12/2015. Disponível em: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=4&sid=32c8eb34-76b0-416d-bfc4-e50cd8369e54%40sessionmgr112&hid=106&bdata=Jmxhbm9cHQtYnlmY2l0ZT1laG9zdC1saXZl#AN=105908570&db=ccm>

Tavares, H. (2008). *Articulação de cuidados de enfermagem entre hospital e centro de saúde no âmbito dos cuidados continuados*. Tese de Mestrado. Disponível no Repositório da Universidade do Porto. Acedido a 17-03-2017. Disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/7172/2/Tese%20Mestrado%20Helena%20Tavares.pdf>

Umphred, D. A. (2010). *Reabilitação Neurológica* (5ªed.). São Paulo: ELSEVIER.

Watson, J. (2002). *Enfermagem: ciência humana e cuidar. Uma teoria de enfermagem*. Loures: Lusociência

Watson, J. & Foster, R. (2003). The Attending Nurse Caring Model: integrating theory, evidence and advanced caring–healing therapeutics for transforming professional practice. *Journal of Clinical Nursing*, 12, 160-165. Acedido a 15-02-2017. Disponível em:

<http://www.watsoncaringscience.org/images/features/library/Attending%20Nurse%20Caring%20Model.pdf>

World Health Organization (2008). *The global burden of disease: 2004 update*. Geneva: World Health Organization. Acedido a 20-05-2016. Disponível em: [http://www.who.int/healthinfo/global\\_burden\\_disease/GBD\\_report\\_2004update\\_full.pdf](http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GBD_report_2004update_full.pdf)

World Health Organization (2011). *World report on disability*. Geneva: World Health Organization. Acedido a 20-05-2016. Disponível em: [http://www.who.int/disabilities/world\\_report/2011/report.pdf](http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/report.pdf)

Zengerle-Levy, K. (2006). Nursing the Child Who is Alone in the Hospital. *Pediatric Nursing*, 32 (3), 226-237. Acedido a 23-04-2010. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&hid=13&sid=5509bb0e-4e71-4caf-a7b9-f78bb4797c66%40sessionmgr14>

Zonta, M. B., Júnior, A. R. & Santos, L. H. C. (2011). Avaliação funcional na Paralisia Cerebral. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 42 (1), 27-32. Acedido a 1-4-2016. Disponível em: <http://actapediatrica.spp.pt/article/viewFile/4153/3090>

## **APÊNDICES**



## **APÊNDICE I – PROJETO DE ESTÁGIO**





7º Curso de Mestrado em Enfermagem  
Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação

**Promoção da funcionalidade da criança com  
alteração da mobilidade decorrente de causa  
congénita ou neurológica**

Marisa Paulo

**Lisboa**

Julho de 2016



7º Curso de Mestrado em Enfermagem  
Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação

Unidade Curricular Opção II

**Promoção da funcionalidade da criança com  
alteração da mobilidade decorrente de causa  
congénita ou neurológica**

Marisa Paulo, n.º 1136

Orientador: Professora Maria do Céu Sá

**Lisboa**

Julho de 2016



## Lista de Siglas e Abreviaturas

CIF – Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde

DGS – Direcção-Geral da Saúde

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

SRPD – Serviço de Reabilitação

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

WHO – World Health Organization

e.g. – (*exempli gratia*) por exemplo



## Índice

Sumário .....	5
1. Definição da Área Temática .....	7
1.1 Identificação do Projeto .....	7
1.2 Justificação e Pertinência do Tema .....	7
2. Enquadramento Teórico.....	11
2.1 A criança e a incapacidade.....	11
2.2 Intervenção especializada de enfermagem de reabilitação na promoção da funcionalidade da criança com alteração da mobilidade.....	12
2.3 Referencial Teórico – Teoria de Enfermagem do Défice de Autocuidado .....	14
3. Preparação e Planeamento .....	17
3.1 <i>Scoping Review</i> .....	17
3.2 Instituições Envolvidas .....	18
3.3 Objetivos Gerais e Específicos .....	19
3.3.1 Objetivo geral e objetivos específicos – Unidade de Cuidados na Comunidade [REDACTED] .....	19
3.3.2 Objetivo geral e objetivos específicos - Serviço de Reabilitação [REDACTED] .....	20
3.4 Planeamento das atividades.....	20
CONCLUSÃO .....	21
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	
Apêndice I – Scoping Review.	
Apêndice II – Guião de Entrevista UCC [REDACTED]	
Apêndice III – Caracterização UCC [REDACTED]	
Apêndice IV – Guião de Entrevista SRP	
Apêndice V – Caracterização SRPD	
Apêndice VI – Planeamento das Atividades	
Apêndice VII - Cronograma	





## SUMÁRIO

O presente projeto de formação surge no âmbito da unidade curricular Opção II do 7º Curso de Mestrado em Enfermagem - Área de Especialização de Enfermagem de Reabilitação, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), cuja finalidade consistente orientar o percurso formativo de desenvolvimento de competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER), ao longo dos ensinios clínicos.

Em pediatria, o conceito pessoa traduz-se no binómio criança e família, sendo que a primeira diz respeito a toda a pessoa com menos de 18 anos (ou até aos 21 anos em caso de doença crónica, incapacidade e deficiência) (Regulamento n.º 351/2015, 2015). Incluir a família nos cuidados é incontornável uma vez que a criança é dependente desta para a satisfação das suas necessidades de crescimento e desenvolvimento, conforme caminha para uma progressiva autonomia (Regulamento n.º 351/2015, 2015). Assim, ao longo do projeto assume-se criança como conceito representativo do cliente pediátrico.

Durante a infância a criança adquire um conjunto de capacidades motoras, que lhe permitem explorar o ambiente e desenvolver esquemas organizacionais, que no futuro lhe permitirão tornar-se operacional e gerir necessidades individuais básicas e atividades de vida, atingindo um elevado nível de funcionalidade<sup>32</sup> no que diz respeito às funções do corpo e à atividade e participação (Direcção-Geral da Saúde [DGS], 2004).

Estima-se que aproximadamente 15% da população mundial, mais de um bilhão de pessoas, viva com algum tipo de incapacidade<sup>33</sup> (baseado em estimativas da população mundial de 2010) (World Health Organization [WHO], 2011).

De acordo com Amorim (2010), na criança e jovem, várias são as situações que resultam em incapacidade, com repercussões ao nível da mobilidade<sup>34</sup>, sendo as

---

<sup>31</sup> Funcionalidade: termo usado para as funções e estruturas do corpo, atividades e participação, correspondendo aos aspetos positivos da interação entre o indivíduo (com uma condição de saúde) e os fatores contextuais (ambientais e pessoais) (DGS, 2004).

<sup>33</sup> Incapacidade: termo usado para descrever deficiência, limitação da atividade e restrição na participação, correspondendo aos aspetos negativos da interação entre o indivíduo (com uma condição de saúde) e os fatores contextuais (ambientais e pessoais) (DGS, 2004).

mais frequentes as de ordem congênita ou adquirida, que podem comprometer o adequado desenvolvimento da criança.

A intervenção de enfermagem é então necessária quando os pais, ou responsáveis, não são capazes de garantir na quantidade e qualidade necessárias os requisitos de autocuidado universais, de desenvolvimento e de desvio de saúde (Orem, 2001), devido à condição de saúde de criança, com vista a maximização da funcionalidade e prevenção de complicações.

Este assunto é pertinente uma vez que constitui um tema de interesse pessoal, atendendo à minha prática de cuidados diária e pelo fato do colégio da especialidade ter definido as intervenções autónomas do EEER na área da função motora como áreas de investigação prioritária (Colégio de Especialidade de Enfermagem de Reabilitação, 2015), assim surge o projeto: Promoção da funcionalidade da criança com alteração da mobilidade decorrente de causa congénita<sup>35</sup> ou neurológica<sup>36</sup>.

Da *scoping review* realizada foi possível constatar que é escassa a evidência científica na área de enfermagem no que concerne a intervenções que visem a maximização da função motora da criança com alteração da mobilidade, no entanto esta é uma preocupação de outras disciplinas.

O projeto será desenvolvido em simultâneo com os ensinamentos clínicos na Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) [REDACTED] e [REDACTED] [REDACTED] (SRPD) do Centro [REDACTED] de Reabilitação [REDACTED], onde serão realizadas diversas atividades com vista à operacionalização dos domínios de competências comuns do enfermeiro especialista e específicas do EEER e dos objetivos traçados.

---

<sup>34</sup> Mobilidade diz respeito à componente das atividades e participação e, está relacionada com o movimento, no que concerne às capacidades de mudar e manter a posição do corpo; transportar, mover e manusear objetos; andar e deslocar-se e deslocar-se utilizando transporte (DGS, 2004).

<sup>35</sup> Alteração congénita: anomalia estrutural ou funcional que ocorre durante a vida intrauterina e que pode ser identificada no nascimento ou posteriormente ([www.who.int/mediacentre/factsheets/fs370/en/](http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs370/en/)).

<sup>36</sup> Alteração neurológica: doenças do sistema nervoso central ou periférico como a epilepsia, demências, acidente vascular cerebral, traumatismo crânio-encefálico, entre outras (<http://www.who.int/features/qa/55/en/>).

# **1. DEFINIÇÃO DA ÁREA TEMÁTICA**

## **1.1 Identificação do Projeto**

O presente projeto de formação intitula-se Promoção da funcionalidade da criança com alteração da mobilidade decorrente de causa congénita ou neurológica. Foram escolhidas as seguintes palavras-chave de forma a caracterizar o projeto: Enfermagem de Reabilitação; Criança; Funcionalidade; Mobilidade; Congénita; Neurológica; Autocuidado (Rehabilitation Nursing; Child; Mobility; Congenital Disorder; Neurological Disorder; Self-Care)

A duração prevista deste projeto é de nove semanas, com início a 26 de Setembro de 2016 e término a 10 de Fevereiro de 2017. Este será desenvolvido na UCC [REDACTED] e, numa segunda fase, no SRPD do [REDACTED], instituições que serão posteriormente apresentadas.

## **1.2 Justificação e Pertinência do Tema**

Durante a infância a criança adquire um conjunto de capacidades motoras, que lhe permitem explorar o ambiente envolvente e desenvolver esquemas organizacionais, que no futuro lhe permitirão manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e as atividades de vida, atingindo assim um elevado nível de funcionalidade no que diz respeito às funções do corpo e à atividade e participação (DGS, 2004). Também Piaget na sua teoria do desenvolvimento cognitivo explora a relação da aquisição de habilidades motoras com as habilidades cognitivas, assumindo que a criança nasce com determinada informação genética, que com a interação/exploração do ambiente físico e social é ativada e moldada, tornando-se num adulto capaz (Hockenberry & Wilson, 2014).

A mobilidade permite à pessoa movimentar-se no seu ambiente, com o objetivo de satisfazer as suas necessidades básicas e atividades de vida diária, de autodefesa e de expressar emoções (Potter & Perry, 2006).

Estima-se que aproximadamente 15% da população mundial, mais de um bilhão de pessoas, viva com algum tipo de incapacidade (baseado em estimativas da população mundial de 2010) (WHO, 2011). A *Global Burden of Disease* estima que da população com idades compreendidas entre os 0 e 14 anos, 93 milhões (5,1%) apresenta uma incapacidade moderada e 13 milhões (0,7%) apresenta uma incapacidade grave (WHO, 2008).

De acordo com Amorim (2010), na criança e jovem várias são as situações que resultam em incapacidade, sendo as mais frequentes de ordem congénita (e.g.: paralisia cerebral, espinha bífida, doenças neuromusculares, síndromes genéticas, doenças metabólicas, paralisia obstétrica do plexo braquial) ou adquiridas (e.g.: traumatismo crânio-encefálico, acidente vascular cerebral, traumatismo vertebro-medular, infeções e patologia do sistema nervoso central e artrite crónica juvenil), podendo originar limitação funcional em diversos níveis - motor, sensorial, cognitivo e da linguagem - com repercussão nas atividades de vida diária da criança e no seu grau de independência.

Uma vez que destas condições podem resultar diferentes incapacidades, principalmente a nível da mobilidade, que podem comprometer o normal desenvolvimento da criança, torna-se primordial uma intervenção tendo em vista a maximização da funcionalidade.

Para a enfermagem, esta é uma área de interesse na medida em que, de acordo com os enunciados descritivos enumerados no Regulamento n.º 350/2015 de 22 de Junho da Ordem dos Enfermeiros, referente aos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem de Reabilitação, nomeadamente no que diz respeito ao bem-estar e autocuidado, é da competência do EEER “a prescrição das intervenções para otimizar e/ou reeducar a função: motora, sensorial, cognitiva, cardiorrespiratória, da alimentação, da eliminação e da sexualidade.” (2015, p. 16658). Também o Colégio de Especialidade de Enfermagem de Reabilitação identifica as intervenções autónomas do EEER na área da função motora como áreas de investigação prioritária de maior interesse para a especialidade (Colégio de Especialidade de Enfermagem de Reabilitação, 2015).

Enquanto enfermeira exerço funções num serviço de internamento de pediatria e a reabilitação funcional motora constitui uma área de interesse pessoal. Nos últimos anos temos assistido a alguns casos de crianças com diagnóstico de paralisia cerebral, traumatismo crânio-encefálico e acidente vascular cerebral, que devido à sua condição de saúde, entre outras limitações, apresentam alterações da mobilidade. Na sua maioria, estas crianças são transferidas para o Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão, após estabilização do quadro clínico. Neste sentido pretendo adquirir competências especializadas que nos permitam proporcionar cuidados promotores de autocuidado, centrados na criança e família, de modo a maximizar as capacidades e prevenir complicações, garantindo que eventuais incapacidades resultem da sua condição de saúde e não devido à ausência de cuidados especializados.

Tendo em vista uma melhoria contínua da qualidade de cuidados e movida pela motivação, interesse pessoal e necessidade de adquirir conhecimentos e desenvolver competências nesta área, para assim contribuir para a minha realidade de cuidados de enfermagem enquanto futura Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação, surge o projeto: Promoção da funcionalidade da criança com alteração da mobilidade decorrente de causa congénita ou neurológica.



## **2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO**

### **2.1 A criança e a incapacidade**

De acordo com Haubenstricker & Seefeldt (1986), na infância, a aquisição de um vasto leque de capacidades motoras é o ponto de partida para o desenvolvimento da funcionalidade, possibilitando à criança o controlo do seu corpo em diferentes posturas e ambientes (Ferreira et al, 2009). Outros autores referem ainda que o movimento é fundamental para a independência e, na criança influencia a capacidade de se adaptar à sociedade, sendo que a aprendizagem do movimento resulta da interação sensória, que lhe permite construir padrões sensório-motores essenciais às atividades funcionais (Zonta, Júnior & Santos, 2011; Bobath & Bobath, 1956).

Em 2001, com a mudança radical do paradigma biomédico para o biopsicossocial surge a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), traduzida para português em 2004. Neste paradigma, cuidar em plenitude implica estar consciente das relações dinâmicas entre as dimensões biológica, psicológica e social da pessoa, determinantes na vivência dos processos de saúde/doença (Engel, 2012).

Indo de encontro aos pressupostos da CIF, em que o indivíduo é resultado da interação com o meio e fatores pessoais e contextuais, outros autores defendem que a criança é produto da evolução adaptativa da espécie, da informação genética herdada, do ambiente físico, social e cultural no qual está inserida e das experiências de interação que daí resultam (Umphred, 2010; Pinto, 2009). Assim, na criança a alteração da mobilidade pode levar à restrição da participação e limitação da atividade próprias da sua idade, afetando a sua interação com a família e pares.

Em Portugal, as anomalias congénitas representaram, nas últimas décadas, uma das principais causas de mortalidade e morbilidade infantil, traduzindo-se num problema de saúde pública, sendo que, no período de 2000-2010 foram notificados 301 casos de espinha bífida, representado mais de metade dos defeitos do tubo

neural (552 casos) (Braz, Machado, Roquette & Dias, 2015). Na europa, a paralisia cerebral representa a deficiência motora mais frequente da infância (Johnson, 2002). Até 30 de Junho de 2012, o Programa de Vigilância Nacional da Paralisia Cerebral aos 5 anos de idade recebeu 658 notificações correspondentes a 576 crianças nascidas em 2001 (229), 2002 (171) e 2003 (176) (Federação das Associações Portuguesas de Paralisia Cerebral, 2012).

Relativamente às alterações neurológicas, o acidente vascular cerebral representa uma das dez principais causas de morte entre crianças americanas (Rosamond et al, 2008), com alto risco de morbilidade associada (Ganesan, Hogan, Shack, Gordon, Isaacs & Kirkham, 2000) e elevados custos económicos para o serviço de saúde (Lo et al, 2008). O traumatismo crânio-encefálico tem uma morbilidade variável e é uma das principais causas de mortalidade por traumatismo accidental na infância (Kuppermann et al, 2009).

## **2.2 Intervenção especializada de enfermagem de reabilitação na promoção da funcionalidade da criança com alteração da mobilidade**

Cuidar, a mãe de todas as artes, sem a qual não poderia existir vida, o berço de todas as culturas, consiste em “manter a vida garantindo a satisfação de um conjunto de necessidades indispensáveis à vida, mas que são diversificadas na sua manifestação” (Collière, 2003, p. 287). Esta diversidade de necessidades indispensáveis à vida pode ser entendida como cuidados que promovam a vida e o autocuidado, a maximização da funcionalidade, e que previnam a ocorrência de complicações que possam interferir na participação social da pessoa - reabilitar.

A reabilitação consiste na implementação de um conjunto de medidas que, segundo a WHO (2011), ajudam os indivíduos que experienciam deficiência (ou estão vulneráveis a experienciá-la) a atingir e/ou manter o funcionamento ideal em interação com o contexto em que se inserem. Também para Hesbeen (2003), reabilitar pressupõe uma abordagem multidisciplinar e envolve o testemunho de um espírito particular, “o do interesse sentido pelo futuro da pessoa,



mesmo quando a cura ou a reparação do seu corpo deixam de ser possíveis” (p. XI), cujo foco de atenção e ação são dirigidas à pessoa.

O aumento da incidência da morbilidade infantil conduziu a alterações nos fatores determinantes de saúde das crianças e jovens e a uma nova perspetiva de Necessidades Especiais de Saúde e Educação, com ênfase na promoção da saúde, prevenção da doença, reabilitação e inserção dos jovens com incapacidade e ou doença crónica na sociedade (Malheiro, 2011). De acordo com Barros (2003), a incapacidade e a doença crónica obrigam a experiências aversivas como hospitalizações, dor, separação da família e impedem ou limitam as atividades próprias da idade pediátrica, como atividades lúdicas e desportivas, interação com os pares, desejáveis e facilitadoras do desenvolvimento infantil.

O elevado número de crianças com deficiência ou com risco de atraso no desenvolvimento, devido aos avanços médicos e tecnológicos, torna primordial o reforço da intervenção precoce e a implementação de centros de desenvolvimento, bem como de programas de cuidados continuados e paliativos pediátricos (Regulamento n.º 350/2015, 2015). Neste sentido, uma intervenção atempada e precoce no que diz respeito a medidas que promovam o crescimento e desenvolvimento das capacidades humanas, tornará crianças com alterações nas estruturas ou funções do corpo mais capazes garantindo o seu direito à participação social.

A reabilitação funcional deve assim enfatizar a aprendizagem e/ou a maximização de capacidades motoras identificadas e consideradas importantes, pela criança e família, garantindo assim a otimização da intervenção (Ketelaar, Vermeer, Hart, Beek, & Helders, 2001 e Held & Pay, 2001 citados por Brianeze, et al., 2009).

Para a garantia da eficiência das intervenções é necessário que o plano de cuidados seja construído com a criança e família, garantindo assim cuidados centrados na pessoa, o que implica avaliar e usar a sua experiência subjetiva sobre a doença; reconhecendo a pessoa e não só a doença como foco dos cuidados e, individualizar

a intervenção de forma que esta reflita a singularidade e individualidade da mesma (Edvardsson & Innes, 2010).

Pelo exposto, torna-se primordial a intervenção do EEER que com o seu nível elevado de conhecimento e experiência toma decisões relativas à “promoção da saúde, prevenção de complicações secundárias, tratamento e reabilitação maximizando o potencial da pessoa” (Regulamento n.º 122/2011, 2011, p. 8658). Para tal, ele “concebe, implementa e monitoriza planos de enfermagem de reabilitação diferenciados, baseados nos problemas reais e potenciais das pessoas” de forma a “assegurar a manutenção das capacidades funcionais dos clientes, prevenir complicações e evitar incapacidades” (Regulamento n.º 122/2011, 2011, p.8658).

### **2.3 Referencial Teórico – Teoria de Enfermagem do Défice de Autocuidado**

De acordo com o Regulamento n.º 350/2015 de 22 de Junho da Ordem dos Enfermeiros (2015), uma das bases teóricas que sustenta a prática de cuidados de enfermagem de reabilitação é a Teoria de Enfermagem do Défice de Autocuidado de Dorothea Orem, que é constituída por três constructos teóricos interrelacionados: Teoria do Autocuidado, Teoria do Défice de Autocuidado e Teoria dos Sistemas de enfermagem.

O autocuidado “*is the practice of activities that individuals initiate and perform on their own behalf in maintaining life, health, and well-being*” (Orem, 2001, p.43), um processo de manutenção da saúde e de gestão da doença através de práticas consideradas positivas (Petronilho, 2012).

A autonomia consiste na capacidade de decisão sobre a saúde/doença do indivíduo, independentemente do seu grau de dependência e, na maximização dos recursos próprios para a escolha de acordo com as oportunidades disponíveis e informação adequada, convertendo decisões em ações (Cabete, 2012).

Para a teórica, os pais são responsáveis pela satisfação do autocuidado da criança, devido à sua imaturidade a nível físico, psicológico e psicossocial, surgindo assim o

conceito de cuidado dependente, que pode ser definido como o cuidado individual de regulação e de desenvolvimento, prestado de forma contínua por um adulto responsável a uma criança ou a uma pessoa com incapacidade, formando um sistema de cuidado dependente (Orem, 2001).

Na Teoria do Autocuidado, o autocuidado é entendido como uma função humana reguladora que deve ser aprendida e realizada continuamente. Um conjunto de atividades associadas aos processos de vida e funcionamento humano, entendidos como requisitos de autocuidado, que expressam os resultados desejados, e que podem ser divididos em três categorias: universais, desenvolvimento e de desvio de saúde (Orem, 2001).

O segundo constructo, a Teoria do Défice de Autocuidado, desenvolve a razão pela qual a pessoa não é capaz ou tem limitações na satisfação do autocuidado, necessitando da intervenção do enfermeiro para adquirir conhecimentos e habilidades, de acordo com os métodos: atuar por/fazer por; guiar e orientar; fornecer apoio físico ou psicológico; proporcionar e manter um ambiente que apoie o desenvolvimento pessoal; e ensinar (Orem, 2001).

Assim, o déficit de autocuidado surge quando os pais ou responsáveis não são capazes de garantir continuamente em quantidade e qualidade necessária os requisitos universais de autocuidado, de desenvolvimento e no desvio de saúde (Orem, 2001), devido à condição de saúde de criança, sendo por isso necessária a intervenção de enfermagem.

Por fim, a Teoria dos Sistemas de Enfermagem ressalva que a estrutura e orientação dos cuidados de enfermagem serão condicionadas pela capacidade dos pais em dar resposta às necessidades da criança com alteração da mobilidade, podendo estas serem satisfeitas pelo enfermeiro, pelos pais ou por ambos, com o objetivo final de atingir o sistema de apoio-educação, em que os pais são totalmente autónomos (Petronilho, 2012).



### 3. PREPARAÇÃO E PLANEAMENTO

#### 3.1 *Scoping Review*

Definida a área temática, surge a questão de investigação que norteou pesquisa de produção científica referente à intervenção EEER, De que modo o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação promove a funcionalidade da criança com alteração da mobilidade decorrente de causa congénita ou neurológica?, tendo por base a mnemónica PCC, em que o P de população corresponde a criança com alteração congénita ou neurológica; o C diz respeito ao conceito funcionalidade e o último C que corresponde ao contexto enfermagem de reabilitação.

Foram ainda elaboradas algumas questões parcelares, de modo a clarificar a questão principal: quais as necessidades da criança com alteração da mobilidade decorrente de causa congénita ou neurológica?; quais os instrumentos/escalas utilizados pelo enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação na avaliação da criança com alteração da mobilidade decorrente de causa congénita ou neurológica?; qual a importância da promoção da funcionalidade da criança com alteração da mobilidade decorrente de causa congénita ou neurológica?; quais as intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação facilitadoras da integração na comunidade da criança com alteração da mobilidade decorrente de causa congénita ou neurológica.

A pesquisa foi operacionalizada, no período de Maio a Junho de 2016, nas bases de dados CINAHL Complete, MEDLINE Complete, Nursing&Allied Health Collection, Cochrane Database of Systematic Reviews e no motor de busca Google, com os descritores de pesquisa [(Congenital) OR (Spina Bífida) OR (Cerebral Palsy) OR (Neurological) OR (Brain Injury) OR (Stroke)] AND Child\* AND Nurs\* AND Function\* AND Intervention, tendo como limite temporal o período de 2006-2016.

De acordo com a *scoping review* (Apêndice I) realizada, dos 10 artigos selecionados, foi possível constatar que existe escassa produção científica na área da enfermagem no que concerne a intervenções que visem a maximização da função motora da criança com alteração da mobilidade decorrente de causa congénita ou

neurológica, no entanto para outros grupos profissionais esta tem sido uma preocupação. Da evidência científica encontrada, na sua maioria com foco na criança com paralisia cerebral, foi possível identificar algumas intervenções direcionadas para a mobilidade dos membros superiores e marcha.

A terapia de restrição e indução do movimento<sup>(artigos 3, 5 e 7)</sup>, a terapia bimanual intensiva<sup>(artigo 3 e 10)</sup> e injeção local de toxina botulínica A<sup>(artigo 3)</sup> apresentam resultados positivos na melhoria da qualidade e eficiência do movimento do membro superior, quer separadas quer combinadas ou outras intervenções.

O treino de marcha recorrendo ao Gait Trainer<sup>(artigo 4)</sup>, dispositivo de apoio de marcha, permite uma melhoria na distância percorrida e no número de passos realizados, com resultados positivos na funcionalidade. Outra das intervenções identificadas foi um programa de treino aquático<sup>(artigo 6)</sup>, com benefícios na melhoria do *score* da *Gross Motor Function Classification System*<sup>37</sup> e aumento da resistência na marcha. Por fim, um programa de fisioterapia<sup>(artigos 2 e 9)</sup> permite uma melhoria da performance nas atividades diárias, do tônus muscular e das capacidades motoras.

Foram ainda identificados dois artigos<sup>(artigos 1 e 8)</sup> dos quais é possível constatar que o conhecimento que os pais têm acerca da doença influencia o seu desempenho nos cuidados aos filhos e que também eles necessitam de apoio para lidar com toda a situação; a qualidade de vida destas famílias está relacionada com o nível de participação da criança nas atividades de vida diária, sendo essa uma das principais prioridades dos pais de crianças com paralisia cerebral.

### **3.2 Instituições Envolvidas**

A escolha dos locais de ensino clínico nos quais este projeto será desenvolvido foi influenciada pela problemática em estudo, pelas preferências e condicionantes pessoais e ainda pelos critérios de qualidade definidos pela ESEL.

---

<sup>37</sup> A Gross Motor Functional Classification System (GMFCS), consiste num sistema de classificação, que caracteriza a capacidade de sentar, transferir e a mobilidade geral de crianças e adolescentes com paralisia cerebral até aos 18 anos (Silva, Pfeifer & Funayama, 2007), com a finalidade de objetivar algumas das alterações causadas pela doença.

O primeiro ensino clínico decorre na UCC [REDACTED], cuja caracterização mais detalhada, decorrente da entrevista efetuada à enfermeira coordenadora e enfermeira especialista em enfermagem de reabilitação (Apêndice II), pode ser encontrada no Apêndice III, será realizado no período de 26 de Setembro a 25 de Novembro. Nesta unidade, da equipa multidisciplinar fazem parte duas enfermeiras especialistas em enfermagem de reabilitação, que prestam cuidados a cerca de 40 pessoas, na sua maioria idosos com patologias do foro respiratório, neurológico (acidente vascular cerebral), síndromes demenciais e ainda fraturas do colo do fémur, pelo que terei a oportunidade de desenvolver competências especializadas nas diferentes áreas do cuidado ao adulto/idoso na comunidade.

No período de 28 de Novembro a 10 de Fevereiro, decorre o ensino clínico no SRPD (Apêndice V) do Centro [REDACTED] de Reabilitação [REDACTED], onde foi realizada uma entrevista à enfermeira responsável pela formação (Apêndice IV). Esta escolha é justificada por se tratar de uma referência no cuidado à criança com alteração da função motora, sensorial, cognitiva, alimentação e eliminação. O serviço tem capacidade para prestar cuidados a 16 crianças, da ARS Lisboa e Vale do Tejo, que podem ser referenciadas pelo hospital ou mediante marcação de consulta para avaliação do caso.

### **3.3 Objetivos Gerais e Específicos**

Tendo em conta as especificidades de cada local de ensino clínico foram definidos objetivos gerais e específicos para cada instituição envolvida. Estes foram formulados tendo como ponto de partida o problema em estudo e com base nas competências comuns do enfermeiro especialista e específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação a serem desenvolvidas.

#### **3.3.1 Objetivo geral e objetivos específicos – Unidade de Cuidados na Comunidade [REDACTED]**

**Objetivo Geral:** Desenvolver competências de enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação no cuidado à pessoa na comunidade.

Objetivos Específicos: [1] Compreender a dinâmica organizacional e funcional da UCC Cacém Care; [2] Desenvolver competências especializadas em enfermagem de reabilitação no cuidado à pessoa na comunidade, com vista à maximização da funcionalidade, controlo de sintomas e prevenção de complicações; [3] Compreender a intervenção do EEER na reintegração da pessoa na comunidade.

### 3.3.2 Objetivo geral e objetivos específicos - Serviço de Reabilitação

Objetivo Geral: Desenvolver competências de enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação no cuidado à criança com alteração da mobilidade decorrente de causa congénita ou neurológica.

Objetivos Específicos: [4] Compreender a dinâmica organizacional e funcional do SRPD; [5] Desenvolver competências especializadas em enfermagem de reabilitação no cuidado à criança com alteração da mobilidade decorrente de causa congénita ou neurológica com vista à maximização da funcionalidade; [6] Compreender a intervenção do EEER na continuidade dos cuidados à criança com alteração da mobilidade decorrente de causa congénita ou neurológica.

### 3.4 Planeamento das atividades

O planeamento das atividades permitirá orientar o percurso formativo a ser desenvolvido a longo dos ensinos clínicos.

De acordo com os objetivos específicos foi elencado um conjunto de atividades, recursos necessários e indicadores de avaliação, relacionando-os com os domínios de competência comuns ao enfermeiro especialista e específicos do EEER, cujo objetivo é satisfazer a necessidade terapêutica de autocuidado da criança/pessoa e família. Esta informação pode ser consultada em pormenor no Apêndice VI, facilitando a sua compreensão, bem como a calendarização (Apêndice VII) de todo o percurso.



## CONCLUSÃO

Na criança, a aquisição de habilidades motoras consiste no ponto de partida para o desenvolvimento da sua funcionalidade, nomeadamente no que diz respeito à exploração do meio ambiente que lhe permitirá a construção de padrões cognitivos, essenciais na sua interação com a família e pares.

Situações de ordem congénita ou neurológica podem comprometer o desenvolvimento da criança, afetando a sua mobilidade e por conseguinte limitar a sua atividade e restringir a sua participação, não sendo os pais capazes de satisfazer os requisitos de autocuidado definidos por Orem na sua teoria.

Neste sentido, o EEER com o seu conhecimento e experiência tem a capacidade de conceber, implementar e monitorizar planos de enfermagem, assegurando a manutenção das capacidades funcionais, prevenindo complicações e evitando incapacidades.

A temática apresentada surge também do interesse pessoal, do desejo de prestar cuidados de maior qualidade, uma vez que na minha prática de cuidados cada vez mais lidamos com crianças que devido à sua condição de saúde necessitariam de uma intervenção especializada.

O desenvolvimento deste projeto de formação, para além de permitir aprofundar conhecimento sobre a temática apresentada, permitirá também desenvolver competências comuns do enfermeiro especialista e específicas do EEER.

Muitas são as expetativas e anseios, no entanto, no final deste percurso espero ter adquirido competências que me permitam ser reconhecida enquanto elemento de referência no cuidado à criança com alteração da mobilidade decorrente de causa congénita ou neurológica e ser capaz de prestar cuidados especializados e envolver toda a equipa com o objetivo de prestar cuidados de maior qualidade, centrados na criança e família com vista à maximização da funcionalidade, prevenção de complicações e promoção da autonomia.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Amorim, R. (2010). Reabilitação. In: *Revista do hospital de Crianças Maria Pia*, XIX (3), 189-191. Acedido a 01-04-2016. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/nas/v19n3/v19n3a16.pdf>

Barros, L. (2003). *Psicologia Pediátrica: Perspectiva Desenvolvimentista*. Lisboa: Climepsi.

Bobath, B. & Bobath, K. (1956). The Diagnosis of Cerebral Palsy in Infancy. In: *Archives Of Disease In Childhood*, 31 (159), 408-14. Acedido a 01-04-2016. Disponível em: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=10&sid=26905042-5a2b-4a29-815d-00d52cfd55c7%40sessionmgr4004&hid=4101>

Braz, P., Machado, A., Roquette, R. & Dias, C. M. (20015). *Registo Nacional de Anomalias Congénitas: relatório de 2000-2010: 11 anos de vigilância em Portugal*. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. Acedido a 11-05-2016. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.18/2575>

Brianeze, A., Cunha, A., Peviani, S., Miranda, V., Tognetti, V., Rocha, N. & Tudella, E. (2009). Efeito de um programa de fisioterapia funcional em crianças com paralisia cerebral associado a orientações aos cuidadores: estudo preliminar. In: *Fisioterapia e Pesquisa*, 16 (1), 40-45.

Cabete, D. (2012). *Autonomy and empowerment of hospitalized older people. An hermeneutic phenomenological research*. Saarbrücken: Lambert Academic Publishing.

Colégio de Especialidade de Enfermagem de Reabilitação (2015). *Áreas Investigação Prioritárias para a Especialidade de Enfermagem de Reabilitação*. Porto: Ordem dos Enfermeiros. Acedido a 21-05-2016. Disponível em: [http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/2015/MCEER\\_Assembleia/Areas\\_Investigacao\\_Prioritarias\\_para\\_EER.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/2015/MCEER_Assembleia/Areas_Investigacao_Prioritarias_para_EER.pdf)

Collière, M.F (2003). *Cuidar...A primeira arte da vida*. (2ª ed.). Camarate: Lusociência.

Direcção-Geral da Saúde (2004). *CIF - Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde. Acedido a 24-03-2016. Disponível em:

[http://www.inr.pt/uploads/docs/cif/CIF\\_port\\_%202004.pdf](http://www.inr.pt/uploads/docs/cif/CIF_port_%202004.pdf)

Edvardsson, D. & Innes, A. (2010). Measuring person-centered care: A critical comparative review of published tools. In: *Gerontologist*, 50 (6), 834-846.

Engle, G. L. (2012). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. In: *Psychodynamic Psychiatry*, 40 (3), 377-396. Acedido a 28-03-2016. Disponível em: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=10&sid=82b70a30-22d1-4ab1-8fb5-c9a4bde74fea%40sessionmgr110&hid=109>

Federação das Associações Portuguesas de Paralisia Cerebral (2012). *Programa de Vigilância Nacional da Paralisia Cerebral aos 5 anos de idade*. Lisboa: Federação das Associações Portuguesas de Paralisia Cerebral. Acedido a 26-05-2016. Disponível em: [http://www.neuropediatria.pt/pdf/Relatorio\\_PVNPC5A\\_2001-2003\\_obra\\_completa\\_v2.pdf](http://www.neuropediatria.pt/pdf/Relatorio_PVNPC5A_2001-2003_obra_completa_v2.pdf)

Ferreira, D. M., Salles, B. F., Marques, D. V. M., Furieri, M., Bonomo, L. M. M., Salles, F. L. P. Andrade, M. (2009). Funcionalidade de crianças com e sem Síndrome de Down. In: *Revista Neurociência*, 17 (3), 231-238. Acedido a 01-04-2016. Disponível em: <http://www.revistaneurociencias.com.br/edicoes/2009/RN%2017%2003/389%20original%20pdf.pdf>

Ganesan, V., Hogan, A., Shack, N., Gordon, A., Isaacs, E. Kirkham, F. J. (2000). Outcome after ischemic stroke in childhood. In: *Developmental Medicine & Child Neurology*, 42, 455-461. Acedido a 21-06-2016. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/12350527\\_Outcome\\_after\\_ischemic\\_stroke\\_in\\_childhood?el=1\\_x\\_8&enrichId=rgreq-069ccaade3f64f120df7dabf648175a6-](https://www.researchgate.net/publication/12350527_Outcome_after_ischemic_stroke_in_childhood?el=1_x_8&enrichId=rgreq-069ccaade3f64f120df7dabf648175a6-)

XXX&enrichSource=Y292ZXJQYWdlOzM4MDU4MDQyO0FTOjEwNTE0NzYxMDk1OTg3M0AxNDAYMDgwNTUyNDE1

Hockenberry, M. J. & Wilson, D. (2014). *Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9ªed.), volume I. Loures: Lusociência.

Johnson, A. (2002). Prevalence and characteristics of children with cerebral palsy in Europe. In: *Developmental Medicine & Child Neurology*, 44, 433-440. Acedido a 21-06-2016. Disponível em: [http://ec.europa.eu/health/ph\\_information/dissemination/diseases/docs/perinatal10\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_information/dissemination/diseases/docs/perinatal10_en.pdf)

Kuppermann, N. et al (2009). Identification of children at very low risk of clinically important brain injuries after head trauma: a prospective cohort study. In: *Lancet*, 374, 1160-1170. Acedido a 21-06-2016. Disponível em: [https://www.pecarn.org/documents/Kuppermann\\_2009\\_The-Lancet.pdf](https://www.pecarn.org/documents/Kuppermann_2009_The-Lancet.pdf)

Lo, W., Zamel, K., Ponnappa, K., Allen, A., Chisolm, D., Tang, M. (...) Yeates, K. O. (2008). The Cost of Pediatric Stroke Care and Rehabilitation. In: *Stroke*, 39, 161-166. Acedido a 21-06-2016- Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/5814347\\_The\\_Cost\\_of\\_Pediatric\\_Stroke\\_Care\\_and\\_Rehabilitation](https://www.researchgate.net/publication/5814347_The_Cost_of_Pediatric_Stroke_Care_and_Rehabilitation)

Malheiro, M. I. (2011). Efeitos dos Campos terapêuticos na Funcionalidade, Autoestima, Autoconceito e Autoeficácia da Criança e do Adolescente com Incapacidade e/ou Doença Crónica: Uma Revisão Sistemática da Literatura. In: *Pensar Enfermagem*, 15 (2), 2º Semestre, 26-40.

Orem, D. E. (2001). *Nursing: concepts of practice* (6ªed.). Missouri: Mosby.

Petronilho, F. (2012). *Autocuidado: conceito central da enfermagem*. Coimbra: Formasau.

Pinto, M. (2009). Vigilância do desenvolvimento psicomotor e sinais de alarme. In: *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, n.º 25, 677-687. Acedido a 20-05-2016.

Disponível em: <http://repositorio.chlc.min-saude.pt/bitstream/10400.17/1584/1/Rev%20Port%20Clin%20Ger>

Potter, P., & Perry, A. (2006). *Fundamentos de enfermagem: conceitos e procedimentos* (5ª ed.). Loures: Lusociência.

Regulamento n.º 122/2011 de 18 de Fevereiro da Ordem dos Enfermeiros (2011). Diário da República: 2.ª Série, n.º 35. Acedido a 19-11-2015. Disponível em: <https://dre.pt/application/file/3477087>

Regulamento n.º 350/2015 de 22 de Junho da Ordem dos Enfermeiros (2015). Diário da República: 2.ª Série, n.º 119. Acedido a 19-11-2015. Disponível em: <https://dre.pt/application/file/67552328>

Regulamento n.º 351/2015 de 22 de Junho da Ordem dos Enfermeiros (2015). Diário da República: 2.ª Série, n.º 119. Acedido a 20-05-2016. Disponível em: <https://dre.pt/application/file/67552329>

Rosamond, W., Flegal, K., Furie, K., Go, A., Greenlund, K., Haase, N. (...) Hong, Y. (2008). Heart Disease and Stroke Statistics—2008 Update A Report From the American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. In: *Circulation*, 117, e26-e146. Acedido a 21-06-2016. Disponível em: <http://circ.ahajournals.org/content/117/4/e25.full.pdf+html>

Silva, D., Pfeifer, L., & Funayama, C. (2007). *Sistema de Classificação da Função Motora Grossa: Ampliado e Revisto*. Canada. Acedido a 08-02-2016. Disponível em: [https://canchild.ca/system/tenon/assets/attachments/000/000/075/original/GMFCSER\\_Translation-Portuguese2.pdf](https://canchild.ca/system/tenon/assets/attachments/000/000/075/original/GMFCSER_Translation-Portuguese2.pdf)

Umphred, D. A. (2010). *Reabilitação Neurológica* (5ªed.). São Paulo: ELSEVIER.

World Health Organization (2008). *The global burden of disease: 2004 update*. Geneva: World Health Organization. Acedido a 20-05-2016. Disponível em: [http://www.who.int/healthinfo/global\\_burden\\_disease/GBD\\_report\\_2004update\\_full.pdf](http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GBD_report_2004update_full.pdf)

World Health Organization (2011). *World report on disability*. Geneva: World Health Organization. Acedido a 20-05-2016. Disponível em: [http://www.who.int/disabilities/world\\_report/2011/report.pdf](http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/report.pdf)





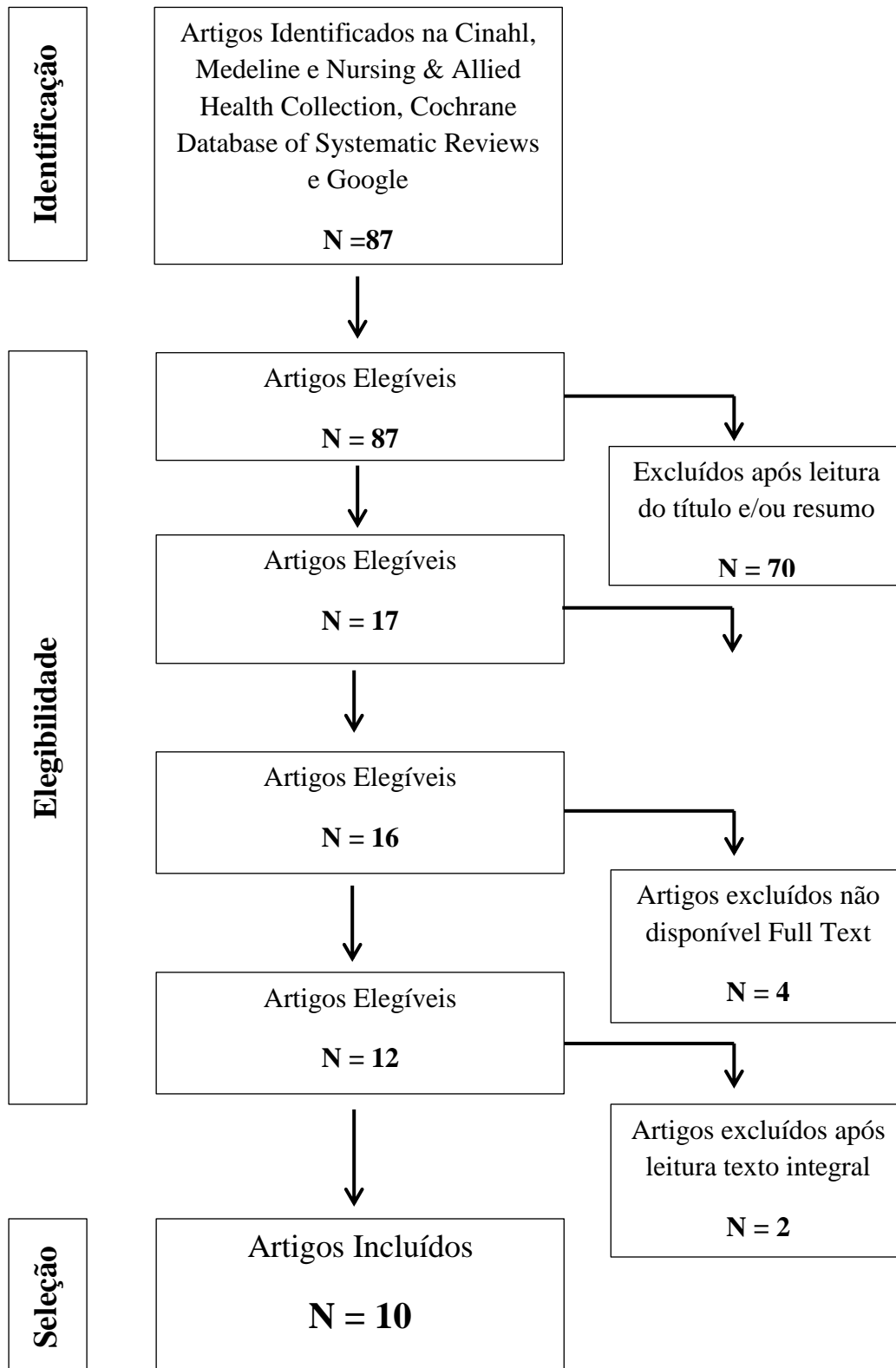
## Apêndices







## Operacionalização da Scoping Review



## Apresentação dos Artigos

<b>Autor, País e Ano de publicação</b>	<b>Participantes</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Intervenções</b>	<b>Resultados</b>
Cestari, Barbosa, Carvalho, Melo & Studart (2013) Brasil <b>Evidências científicas acerca da paralisia cerebral infantil</b> <b>Artigo 1</b> (Cinahl Complete)	25 Estudos publicados, nos idiomas português e/ou inglês, entre Janeiro de 2006 e Abril de 2012	Descrever a evidência existente relativa à paralisia cerebral.	Foi realizada uma revisão integrativa da literatura nas bases de dados SciELO, LILACS e MEDLINE, no período de Maio a Setembro de 2012 onde foi possível identificar oito áreas temáticas: considerações gerais acerca da patologia, classificação do grau de comprometimento motor e cognitivo, conhecimento dos pais acerca da paralisia cerebral, o impacto da doença para as mães/familiares e crianças, avaliação e promoção da qualidade de vida das mães/crianças, assistência à criança com paralisia cerebral, e inclusão social da criança com paralisia cerebral.	Incapacidade e limitação no desempenho de atividades e tarefas que exigem mudança e manutenção da posição do corpo no espaço. Estado de saúde da criança influencia a dinâmica familiar. A falta de conhecimento dos pais limita a sua participação nos cuidados à criança. O enfermeiro tem participação ativa na reabilitação.
Akbari, Zadeh, Shahraki & Javaran (2009) Irão <b>The effects of functional therapy</b>	15 Crianças com paralisia cerebral, dos 0 aos 12 anos, que frequentam uma clínica de	Determinar os efeitos de um programa de terapia funcional nas habilidades motoras da criança com paralisia cerebral.	1. Crianças avaliadas de acordo com a <i>Gross Motor Functional Classification System</i> (GMFCS) e a Escala Modificada de Ashworth. 2. Submetidas a um programa de fisioterapia funcional. 3. Nova avaliação de acordo com a GMFCS e	Um programa de terapia funcional é efetivo na melhoria na performance das atividades diárias, do tônus muscular e de capacidades motoras (como o deitar e rolar, sentar, gatinhar e ajoelhar, colocar-se de pé e caminhar, correr e saltar).

<p><b>on motor</b></p> <p><b>Development in</b></p> <p><b>children with</b></p> <p><b>cerebral palsy</b></p> <p><b>Artigo 2</b></p> <p>(Cinahl Complete)</p> <p>Sakzewski, Ziviani</p> <p>&amp; Boyd</p> <p>(2014)</p> <p>Austrália</p> <p><b>Efficacy of Upper</b></p> <p><b>Limb Therapies for</b></p> <p><b>Unilateral Cerebral</b></p> <p><b>Palsy: A Meta-</b></p> <p><b>analysis</b></p> <p><b>Artigo 3</b></p> <p>(Medline Complete)</p>	<p>Fisioterapia</p>	<p>Determinar a eficácia de intervenções não cirúrgicas na melhoria da função do membro superior em crianças com paralisia cerebral unilateral.</p>	<p>a Escala Modificada de Ashworth.</p>	<p>A injeção de toxina botulínica A conjugada com a terapia ocupacional apresenta melhores resultados que a última sozinha.</p> <p>A terapia de restrição e indução do movimento (Constraint-induced movement therapy) melhora a qualidade e eficiência do movimento.</p> <p>A terapia de restrição e indução do movimento e a terapia bimanual intensiva (Hand-Arm Bimanual Intensive Training) apresentam resultados semelhantes.</p>
<p>Paleg &amp; Livingstone</p> <p>(2015)</p> <p><b>Outcomes of gait</b></p> <p><b>trainer use in home</b></p> <p><b>and school settings</b></p> <p><b>for children with</b></p>	<p>17 Estudos em inglês envolvendo 182 crianças</p>	<p>Sumarizar e avaliar criticamente a evidência relativa ao recurso ao <i>Gait Trainer</i> em casa ou na escola em crianças incapazes de andar sem</p>	<p>Foi realizada uma revisão sistemática da literatura de artigos publicados em sete bases de dados incluindo EBM Reviews, CINAH, Medline e EMBASE, até Dezembro de 2014.</p>	<p>Melhoria na distância percorrida e no número de passos realizados, com resultados positivos na funcionalidade.</p>

<p><b>motor</b></p> <p><b>impairments: a systematic review</b></p> <p><b>Artigo 4</b></p> <p>(Nursing &amp; Allied Health Collection)</p>		ajudo ou com andarilho, muleta ou bengala.			
<p>Chen, Pope, Tyler &amp; Warren (2008) E.U.A.</p> <p><b>Effectiveness of constraint-induced movement therapy on upper extremity function in children with cerebral palsy: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials</b></p> <p><b>Artigo 5</b></p> <p>(Nursing &amp; Allied Health Collection)</p>	<p>27 Estudos randomizados controlados com 894 participantes, publicados entre 2004 e 2014</p>	<p>Clarificar a efetividade da terapia de restrição e indução do movimento na funcionalidade do braço em crianças com paralisia cerebral.</p>	<p>Foi realizada uma revisão sistemática da literatura nas bases de dados PubMed, PsycINFO, Cochrane Central Register of Controlled Trials, CINAHL, Web of Science e Trip Database, bem como uma pesquisa manual das referências de cada atigo, no período de Janeiro de 2012 a Maio de 2014.</p>	<p>A terapia de restrição e indução do movimento conduz a melhorias na função do braço, ainda que essa melhoria não seja de igual nível nos diferentes estudos e não seja possível determinar se maiores dosagens impliquem melhores resultados.</p>	



<p>Fragala-Pinkham, Smith, Lombard, Barlow &amp; O'Neil (2004) E.U.A.</p> <p><b>Aquatic aerobic exercise for children with cerebral palsy: a pilot Intervention study</b></p> <p><b>Artigo 6</b> (Nursing &amp; Allied Health Collection)</p>	<p>8 Crianças em regime de ambulatorio, com idades entre os 6 e 15 anos com paralisia cerebral e classificadas de acordo com a GMFCS nos níveis I ou III</p>	<p>O primeiro objetivo consiste em avaliar a efetividade de um programa de exercícios aquáticos, na função motora grossa e resistência na marcha da criança com paralisia cerebral. O segundo objetivo é avaliar alterações na força, capacidade aeróbica e equilíbrio.</p>	<p>As crianças foram submetidas a um programa de exercícios aquáticos durante 14 semanas. Estas foram avaliadas em quatro momentos distintos: duas vezes antes do início do programa, no final das 14 semanas de intervenção e um mês após o término da mesma.</p>	<p>Não se registaram alterações significativas entre as duas primeiras avaliações. Resultados mostram alterações significativas entre às duas avaliações iniciais e as realizadas no final da intervenção e um mês após a mesma, sugerindo uma melhoria na função motora grossa e na resistência na marcha. No entanto não se constatou alterações significativas entre a terceira e quarta avaliação, sugerindo que a melhoria manteve-se não existindo um aumento. Não foi possível constatar uma melhoria significativa ao nível da força, capacidade aeróbica e equilíbrio, no entanto registou-se uma tendência para a melhoria após a intervenção em algumas crianças.</p>
<p>Dong, Tung, Siu &amp; Fong (2013) Hong Kong</p> <p><b>Studies comparing the efficacy of constraint-induced movement therapy and bimanual</b></p>	<p>7 Artigos contemplando 375 crianças</p>	<p>Comparar a eficácia da terapia de restrição e indução do movimento e do treino bimanual na melhoria da função do braço hemiplégico e do desempenho funcional global da criança com paralisia cerebral</p>	<p>Foi realizada uma revisão sistemática da literatura com pesquisa de artigos nas bases de dados MEDLINE, CINAHL, Science Direct, PsycINFO e Cochrane Library no período de Outubro e Novembro de 2011.</p>	<p>A terapia de restrição e indução do movimento e o treino bimanual demonstram semelhanças no que diz respeito à melhoria da função do braço hemiplégico e do desempenho funcional global da criança. A terapia de restrição e indução do movimento é mais efetiva na melhoria da função do braço parético, enquanto o treino bimanual conduz a mais melhorias no que concerne a tarefas bimanuais e funcionais.</p>

<p><b>training in children with unilateral cerebral palsy: A systematic review</b></p> <p><b>Artigo 7</b></p> <p>(Nursing &amp; Allied Health Collection)</p>				
<p>Chiarello, et al (2010) E.U.A.</p> <p><b>Family Priorities for Activity and Participation of Children and Youth With Cerebral Palsy</b></p> <p><b>Artigo 8</b></p> <p>(Nursing &amp; Allied Health Collection)</p>	<p>585 Pais ou cuidadores de crianças e jovens com paralisia cerebral dos 2 aos 21 anos</p>	<p>Identificar prioridades familiares relativas à atividade e participação da criança e jovem com paralisia cerebral e determinar diferenças relacionadas com a idade e nível da GMFCS.</p>	<p>Aos 585 cuidadores foi aplicada, através de uma entrevista, a <i>Canadian Occupational Performance Measure</i>, uma escala individual e centrada no cliente, criada para identificar e quantificar prioridades dos clientes relacionadas com o autocuidado, a produtividade e lazer.</p> <p>As prioridades identificadas foram codificadas em três categorias (atividades diárias, lazer e produtividade) e em 13 subcategorias</p>	<p>Pais de crianças de todos os grupos etários e níveis II ao V da GMFCS identificaram mais prioridades relacionadas com as atividades diárias.</p> <p>Pais de crianças e jovens em idade escolar identificaram mais prioridades relacionadas com a produtividade do que pais de crianças mais novas.</p> <p>Para todos os pais, independentemente da idade e nível de função motora da criança, o autocuidado foi identificado como sendo a subcategoria mais prioritária.</p> <p>61% Dos pais identificaram pelo menos uma prioridade relacionada com a mobilidade.</p>
<p>Anttila, Autti-Rämö, Suoranta, Mäkelä &amp; Malmivaara (2008)</p>	<p>22 Estudos randomizados controlados contemplando</p>	<p>Determinar a efetividade das intervenções de fisioterapia na funcionalidade da criança</p>	<p>Foi realizada uma revisão da literatura com pesquisa de artigos nas bases de dados Medline, Physiotherapy Evidence Database</p>	<p>Foi estabelecida uma efetividade moderada para as categorias tratamentos do membro superior com melhorias no movimento ativo de supinação, desenvolvimento da criança, no movimento de</p>

<p>Finlândia</p> <p><b>Effectiveness of physical therapy interventions for children with cerebral palsy: A systematic review</b></p> <p><b>Artigo 9</b></p> <p>(Google)</p>	<p>808 crianças dos 7 meses aos 18 anos</p>	<p>com paralisia cerebral</p>	<p>PEDro [31], CINAHL e Cochrane Controlled Trials Register, de artigos publicados entre 1990 e Abril de 2007. As referências dos estudos identificados também foram analisadas.</p> <p>Dos estudos selecionados as intervenções foram organizadas em oito categorias: abordagem geral de fisioterapia, tratamentos do membro superior, treino de força, exercícios cardiovasculares ou programas aeróbicos, terapia de restrição e indução do movimento, treino sensoriomotor, treino de equilíbrio e terapia com animais.</p>	<p>extensão do punho e qualidade do movimento da mão.</p> <p>Para a categoria e terapia de restrição e indução do movimento existe efetividade moderada, com resultados positivos no uso funcional do membro superior espático comparado com a terapia convencional.</p> <p>Existe ainda evidência moderada de que o treino de força não tem efeitos na velocidade da marcha.</p> <p>Para as restantes categorias a evidência sobre a sua efetividade é limitada devido à baixa qualidade metodológica e resultados estatísticos pouco significantes.</p>
<p>Green, et al (2013)</p> <p>Reino Unido e Israel</p> <p><b>A multi-site study of functional outcomes following a themed approach to hand-arm bimanual intensive therapy for</b></p>	<p>9 Crianças de Israel e 14 crianças do Reino Unido com idades entre os 7 e 15 anos</p>	<p>Investigar os efeitos de um programa de terapia a bimanual intensiva em associação com truques “mágicos” de mão, em crianças de dois países, na melhoria da performance de crianças com hemiplegia, incluindo aquelas severas</p>	<p>As crianças participaram num campo de verão de duas semanas, que decorreu no período de férias, durante 10 a 12 dias consecutivos, nas instalações de um hospital.</p> <p>Previamente ao programa as crianças foram avaliadas duas semanas antes do início e, uma segunda vez, dois ou três dias antes da intervenção.</p> <p>Diariamente durante 6 horas realizaram exercícios e, tiveram “trabalhos de casa” que</p>	<p>Foi possível concluir que este tipo de programa apresenta resultado positivos, independentemente da idade da criança, da severidade da restrição do movimento e do país.</p> <p>Embora se tenha verificado, de modo mais limitado, melhorias na qualidade da utilização da mão afetada em atividades bimanuais de acordo com o <i>Assisting Hand Assessment</i>, na avaliação ao fim de três meses, melhorias significativas na independência funcional e no uso da mão afetada em tarefas diárias</p>

<b>children with hemiplegia</b> <b>Artigo 10</b> (Google)		alterações.	envolviam truques mágicos bimanuais, definidos diariamente para cada criança. Todas as manhãs, os “trabalhos de casa” foram revistos: a criança praticou e demonstrou as atividades previamente aprendidas e sempre que conseguiu atingir as metas estabelecidas recebeu uma estrela no diário. Imediatamente após o término do campo a crianças foram reavaliadas e uma nova avaliação foi realizada ao fim de três meses.	bimanuais mostradas pelo <i>Children’s Hand Experience Questionnaire</i> foram mantidas três meses após o final da intervenção. No final do programa 93% das tarefas diárias eram realizadas usando uma abordagem bimanual e mantida em 83% três meses após a intervenção, em comparação aos 25% antes do programa. As crianças executam em menos tempo as seis tarefas do <i>Jebsen-Taylor Test of Hand Function</i> com a mão afetada, progresso que foi mantido.
---	--	-------------	---	---





## Guião de Entrevista

Instituição	Unidade de Cuidados na Comunidade [REDACTED]
Valência	Equipa de Cuidados Continuados Integrados

O presente guião tem como objetivo orientar a entrevista à Enfermeira Coordenadora e à Enfermeira Especialista de Enfermagem de Reabilitação (EEER) da Unidade de Cuidados na Comunidade [REDACTED]

Objetivos:

1. Conhecer aspetos organizacionais da UCC e população-alvo:

Qual a área de influência da UCC?

Como são sinalizados os utentes?

Intervêm junto de quantos utentes/famílias?

Qual a tipologia dos utentes (idades, tipos de diagnóstico, grau de dependência)?

Qual a composição da equipa multidisciplinar da UCC?

A EEER desempenha exclusivamente cuidados especializados?

Qual a metodologia de trabalho e modelo teórico de enfermagem utilizado? E especificamente à EEER?

2. Descrever a intervenção da EEER:

Como funciona a equipa de reabilitação?

Quais os cuidados que a EEER realiza (RFR, treino AVD, reabilitação motora)?

A família é integrada nos cuidados de enfermagem de reabilitação?

Como planifica os cuidados de enfermagem de reabilitação? Existem registos?

O que tem em consideração na tomada de decisão com vista à intervenção?

Como são avaliados os resultados das intervenções da EEER?

Existem dispositivos que auxiliem/complementem os cuidados de reabilitação?  
Quais?

Que escalas e instrumentos são utilizados na prática de cuidados a EEER?

3. Compreender qual a intervenção da EEER junto da criança/família:

Desenvolvem alguma intervenção junto da criança?

Existe alguma intervenção/programa de sensibilização para a questão da criança com incapacidade nas escolas?

E existe algum programa específico no âmbito da criança alteração da mobilidade por anomalia congénita?

4. Descrever a articulação de cuidados do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação com outros profissionais.

Coordena os cuidados de reabilitação com outros enfermeiros da UCC?

Como são articulados os cuidados com outros profissionais da equipa multidisciplinar?







## Caracterização UCC

<b>Critério</b>	<b>Descrição</b>
<b>Espaço Físico</b>	A UCC faz parte da Unidade de Cuidados Continuados Integrados, servindo aproximadamente 75mil utentes distribuídos por duas Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados ( ) e três Unidades de Saúde Familiar ( ),
<b>Recursos Humanos</b>	A equipa multidisciplinar é formada pelo médico, enfermeiros (duas especialistas em enfermagem de reabilitação), técnica de serviço social e fisioterapeuta.
<b>Metodologia de Trabalho</b>	A metodologia de trabalho é a de Enfermeiro Gestor de Caso
<b>Tipologia de Utentes</b>	Quarenta utentes, na sua maioria idosos, com patologias do foro respiratório, neurológico (acidente vascular cerebral), síndromes demenciais e fraturas do colo do fémur beneficiam de cuidados especializados em enfermagem de reabilitação no domicílio
<b>Origem dos Utentes</b>	Os utentes são referenciados através da Rede Nacional de Cuidados Continuados e pelas Unidades de Saúde Familiar.
<b>Organização do Trabalho</b>	Dos sessenta utentes da unidade de cuidados continuados integrados, quarenta, que se encontram no domicílio, beneficiam de cuidados especializados em enfermagem de reabilitação e os restantes vinte, utentes com possibilidade de se deslocar pelos próprios meios ao espaço da UCC, realizam trabalho de ginásio com a fisioterapeuta.
<b>Planeamento dos Cuidados de Enfermagem</b>	As enfermeiras especialistas em enfermagem de reabilitação, de acordo com os objetivos traçados para o utente, são autónomas na planificação dos cuidados.  Os cuidados são realizados no período da manhã, ficando o período da tarde reservado à realização dos registos de enfermagem.

	O Índice de Barthel é o instrumento usado para a avaliação dos resultados.
<b>Avaliação e acompanhamento dos utentes</b>	<p>Aquando da referenciação as enfermeiras especialistas em enfermagem de reabilitação realizam uma visita ao domicílio para avaliação do utente e do ambiente, de modo a complementar a informação enviada pela rede.</p> <p>Nesta primeira visita é preenchido o documento “Avaliação de Reabilitação”.</p> <p>As reavaliações são realizadas mensalmente.</p>





## Guião de Entrevista

Instituição	Centro de [REDACTED] Reabilitação [REDACTED]
Serviço	Serviço de Reabilitação [REDACTED]

O presente guião tem como objetivo orientar a entrevista ao enfermeiro chefe e ao enfermeiro especialista de reabilitação do Serviço de Reabilitação Pediátrica e de Desenvolvimento do Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão.

Objetivos:

1. Conhecer aspetos organizacionais do serviço e público-alvo:

Qual a lotação do serviço?

Qual a área de influência do serviço?

Qual a tipologia dos utentes (idades, tipo de diagnóstico, grau de dependência)?

Existe uma evidente prevalência de internamentos em determinado grupo etário?

Qual a composição da equipa de enfermagem (especialistas e cuidados gerais)?

Na gestão de recursos humanos, tem em consideração a existência de um enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação em cada turno?

O Enfermeiro de Reabilitação desempenha exclusivamente cuidados especializados?

Qual a metodologia de trabalho e modelo teórico de enfermagem utilizado no serviço? E especificamente ao Enfermeiro Especialista em Reabilitação?

2. Descrever a intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação:

Aquando da admissão da criança/família, o que mais valoriza na avaliação inicial de enfermagem?

Como integra a família nos cuidados de enfermagem de reabilitação?

Como planifica os cuidados de enfermagem de reabilitação à criança/família? Existem registos?

O que tem em consideração na tomada de decisão com vista à intervenção? A idade é um fator a ter em conta?

Como são avaliados os resultados das intervenções do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação?

Existem dispositivos que auxiliem/complementem os cuidados de reabilitação? Quais?

Que escalas e instrumentos são utilizados na prática de cuidados do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação?

3. Descrever a articulação de cuidados do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação com outros profissionais.

Coordena os cuidados de reabilitação com outros enfermeiros do serviço?

Como são articulados os cuidados com outros profissionais da equipa multidisciplinar?

4. Compreender a intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação na preparação da alta da criança/família.

Existe algum procedimento para preparação da alta?

Existe articulação com a comunidade na preparação para a alta?

Na comunidade existem continuidade dos programas de reabilitação?

Existem programas de reabilitação, do qual o enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação faça parte, que mantenham o acompanhamento da criança após a alta?







## Caracterização SRPD

<b>Critério</b>	<b>Descrição</b>
<b>Espaço Físico</b>	<p>O SRPD é composto por duas alas, das quais fazem parte as enfermarias e os serviços de fisioterapia e terapia ocupacional, facilitando assim a circulação da criança pelos diferentes departamentos.</p> <p>A enfermaria é composta por uma ala, com 16 vagas distribuídas por 4 enfermarias.</p>
<b>Recursos Humanos</b>	<p>A equipa multidisciplinar do serviço de internamento é constituída pela equipa médica, enfermeiros, assistentes operacionais, assistente social, psicóloga e, quando se justifica, por uma professora/educadora. A equipa de enfermagem é composta pela enfermeira-chefe e por enfermeiros generalistas e especialistas em enfermagem de reabilitação na prática de cuidados.</p>
<b>Metodologia de Trabalho</b>	<p>A metodologia de trabalho é a de Enfermeiro Responsável, que pode ser um enfermeiro especialista ou enfermeiro generalista orientado pelo primeiro.</p>
<b>Referencial Teórico</b>	<p>Modelo teórico de Nancy Roper.</p>
<b>Tipologia de Utentes</b>	<p>Crianças até aos 18 anos, na sua maioria com malformações arteriovenosas, alterações do desenvolvimento, acidente vascular cerebral, traumatismo crânio-encefálico, paralisia cerebral e outras alterações congénitas</p>
<b>Origem dos Utentes</b>	<p>Crianças da ARS Lisboa e Vale do Tejo, que podem ser referenciadas pelo hospital ou mediante marcação de consulta para avaliação do caso.</p>
<b>Organização do Trabalho</b>	<p>Os turnos são organizados de modo a que existam sempre enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação nos turnos da manhã e da noite, incluindo aos fins de semana. Durante a noite, em regra, apenas estão escalados</p>

	enfermeiros generalistas.
<b>Planeamento dos Cuidados de Enfermagem</b>	<p>O enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, de acordo com os objetivos traçados para a criança, é autónomo na planificação dos cuidados. O seu grande foco de trabalho é no período da tarde, uma vez que de manhã a criança se ausenta para realizar exames ou para realizar atividade nos departamentos de fisioterapia e terapia ocupacional.</p> <p>A Medida de Independência Funcional é o instrumento de avaliação dos resultados.</p> <p>Na preparação para a alta o enfermeiro envia informação para os cuidados na comunidade, e existindo necessidade de manter o programa de reabilitação em regime de ambulatório este é realizado no Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão.</p>
<b>Avaliação e acompanhamento dos utentes</b>	<p>Na primeira semana de internamento a criança é avaliada pelas diferentes especialidades e posteriormente é realizada uma reunião multidisciplinar onde é traçado um plano de reabilitação, com objetivos e metas a atingir, em que o gestor do caso é o médico fisiatra.</p> <p>Após 4/5 semanas é realizada uma reunião de reavaliação dos objetivos.</p> <p>Também existe uma reunião com a família, que visita os diferentes departamentos onde a criança realiza atividades.</p> <p>O tempo médio de internamento são 52 dias e as crianças têm direito a um acompanhante 24 horas por dia, promovendo assim a parceria de cuidados.</p>





## Planeamento das atividades

Domínios de Competências		Atividades	Indicadores de Avaliação
<i>Competências Comuns do Enfermeiro Especialista</i>			
A1 – Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção.	A2 – Promove práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.	Participação na tomada de decisão em equipa, promovendo a parceria com o cliente, tendo por base o Código Deontológico, a garantia do consentimento informado e o respeito pelos princípios éticos da beneficência, não maleficência, autonomia e justiça.	Ter participado na tomada de decisão em equipa, tendo por base Código Deontológico, a garantia do consentimento informado e o respeito pelos princípios éticos da beneficência, não maleficência, autonomia e justiça.
B1 – Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica.	B2 – Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade.	Identificação dos recursos (humanos, técnicos e físicos) existentes no serviço e agir enquanto elemento <i>pivot</i> e agregador dos diferentes constituintes da equipa multidisciplinar, garantindo assim um ambiente seguro para o cliente.	Ter identificado recursos (humanos, técnicos e físicos) e agido enquanto elemento <i>pivot</i> e agregador dos diferentes constituintes da equipa multidisciplinar.
B3 – Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro.		Iniciar e/ou participar em projetos institucionais na área da reabilitação funcional motora da criança com alteração da mobilidade, com vista à melhoria da qualidade de cuidados.	Ter iniciado e/ou participado em projetos institucionais na área da reabilitação funcional motora da criança com alteração da mobilidade.
C1 – Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa		Realização do diagnóstico de situação consultando circulares, protocolos e normas de atuação em equipa de enfermagem e multidisciplinar.	Ter realização o diagnóstico de situação.

<p>multiprofissional.</p> <p>C2 – Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados.</p> <p>D1 – Desenvolve o auto-conhecimento e a assertividade.</p> <p>D2 – Baseia a sua praxis clínica especializada</p>	<p>Participação em passagens de turno e nos momentos de reflexão em equipa.</p> <p>Identificação de necessidades de formação e realização de ações de formação.</p> <p>Pesquisa e divulgação de conhecimento científico atual com vista à melhoria na prestação de cuidados.</p>	<p>Ter participado em passagens de turno e nos momentos de reflexão em equipa.</p> <p>Ter identificado necessidades de formação e realizado de ações de formação.</p> <p>Ter pesquisado e divulgado conhecimento científico atual com vista à melhoria na prestação de cuidados.</p>
<p><b>Objetivos Específicos</b></p> <p>1. Compreender a dinâmica organizacional e funcional da UCC Cacém Care</p> <p>4. Compreender a dinâmica organizacional e funcional do SRPD</p>		
<p><b>Recursos</b></p>	<p><u>Humanos</u>: Enfermeira Orientadora; criança/pessoa e família.</p> <p><u>Materiais</u>: Legislação e normas técnicas; Documentos de apoio da equipa.</p> <p><u>Físicos</u>: SRPD; UCC Cacém Care.</p> <p><u>Temporal</u>: (Ver cronograma).</p>	





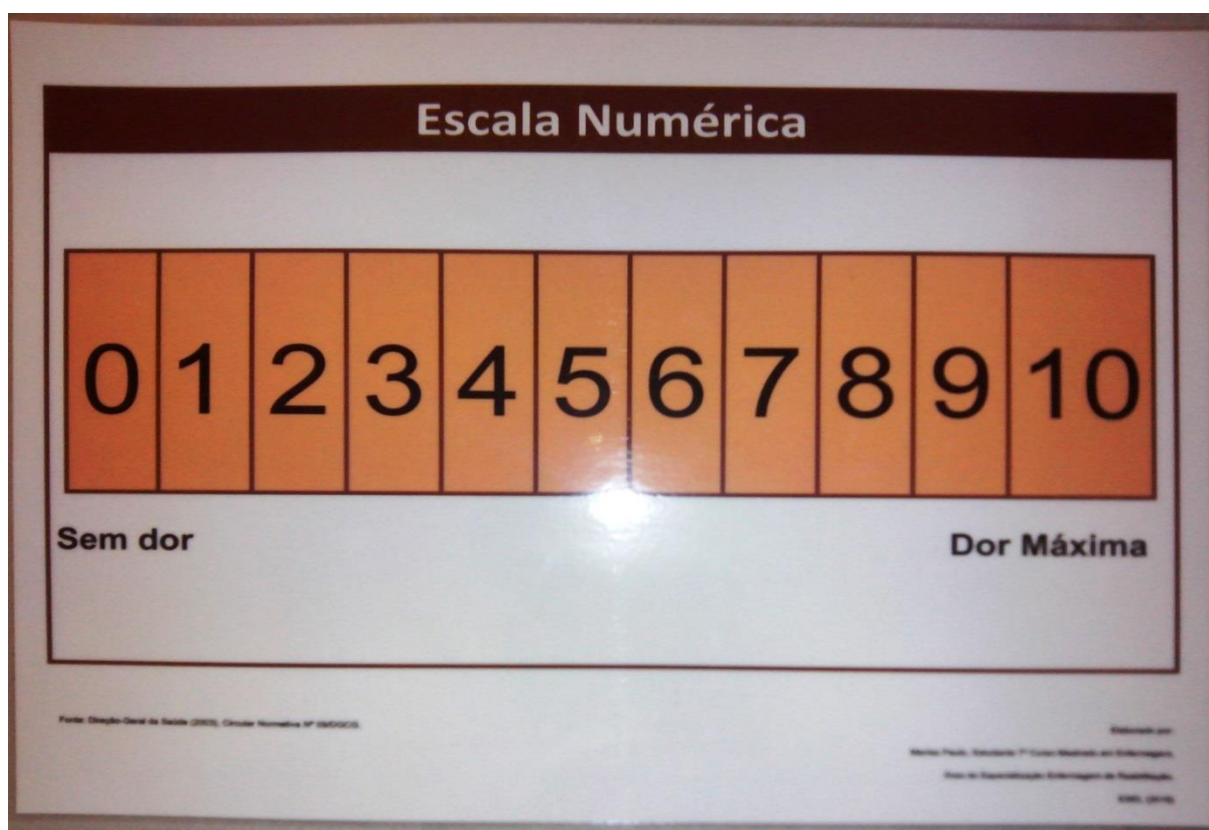
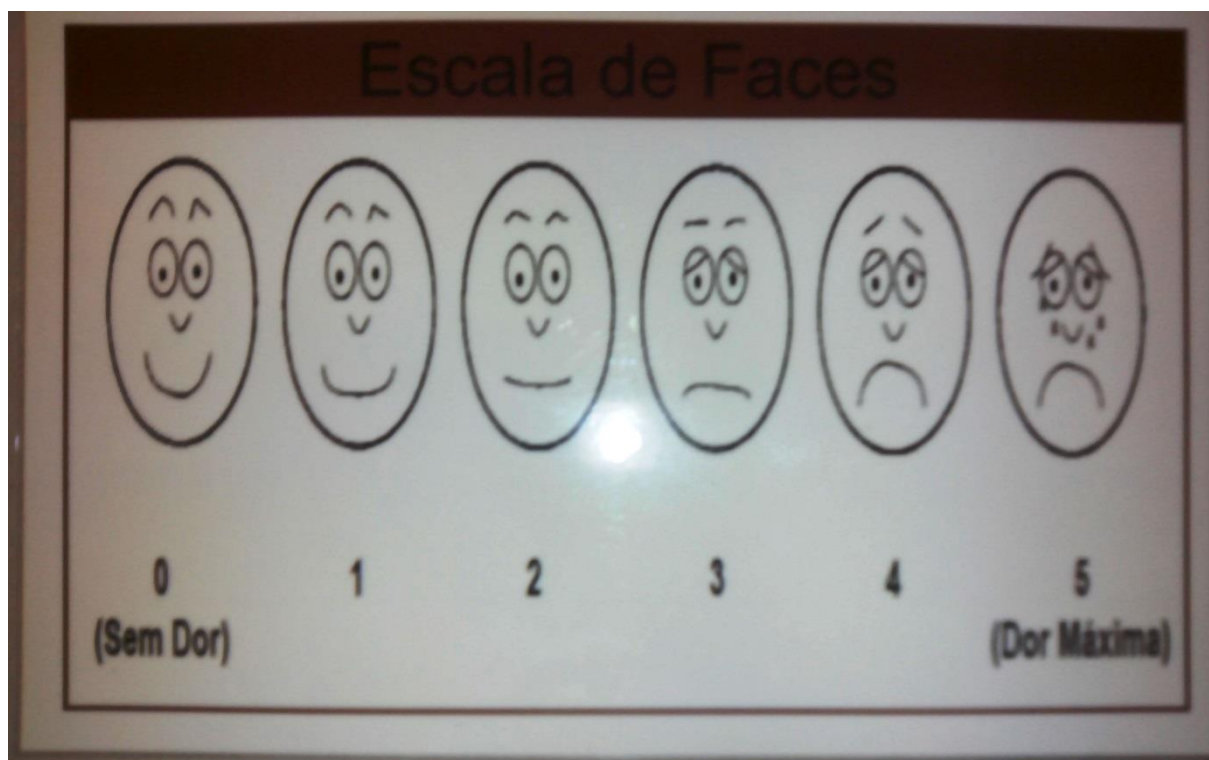






## **APÊNDICE II – ESCALA DE AVALIAÇÃO DA DOR**





Fonte: Direção-Geral da Saúde (2003). *A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da dor.* Circular Normativa n.º 09/DGCG.





### **APÊNDICE III – ESCALA DE AVALIAÇÃO DA DISPNEIA**



Escala de Borg Modificada											
0	Nenhuma										
0,5	Muito, muito leve										
1	Muito leve										
2	Leve										
3	Moderada										
4	Um pouco forte										
5	Forte										
6											
7	Muito forte										
8											
9	Muito, muito forte										
10	Máxima										

Escala Numérica											
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Nenhuma						Máxima					

Fonte: Martinez, Pádua & Filho (2004). Dispneia. In: Medicina, n.º 37, p. 199-207.

Elaborado por:  
 Marisa Paulo, Estudante 1º Curso Mestrado em Enfermagem,  
 Área de Especialização Enfermagem de Reabilitação.  
 ESBL (2016)

Fonte: Martinez, J. A., Pádua, A. I. & Filho, J. T. (2004). Dispneia. In: *Medicina*, 37, 199-207. Acedido a 18-10-2016. Disponível em: [http://revista.fmrp.usp.br/2004/vol37n3e4/2\\_dispneia.pdf](http://revista.fmrp.usp.br/2004/vol37n3e4/2_dispneia.pdf)



**APÊNDICE IV – MANUAL DE INTEGRAÇÃO DE ENFERMAGEM DE  
REABILITAÇÃO**



# Manual de Integração de Enfermagem de Reabilitação

UCC [REDACTED] – ECCI



*Elaborado por:*

*Marisa Paulo e [REDACTED]*

*Estudantes do 7º Curso de Mestrado em Enfermagem, Área de Especialização  
em Enfermagem de Reabilitação*

*Escala Superior de Enfermagem de Lisboa*

*Orientação: Equipa de Enfermagem de Reabilitação UCC [REDACTED]*

[REDACTED], 2016

## **SIGLAS**

**ACES** - Agrupamentos de Centros de Saúde

**ECCI** - Equipa de Cuidados Continuados Integrados

**ECL** - Equipa Coordenadora Local

**ECR** - Equipa Coordenadora Regional

**EEER** – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

**ER** – Enfermagem de Reabilitação

**IAI** - Instrumento de Avaliação Integrada

**RNCCI** - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

**UCC** - Unidade de Cuidados na Comunidade

**UCSP** - Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

**USF** - Unidade de Saúde Familiar



## Índice

INTRODUÇÃO.....	63
1. CENTRO DE SAÚDE DO [REDACTED] .....	65
1.1 Caracterização da Comunidade.....	66
1.2 Organização e Funcionamento da UCC [REDACTED] .....	66
2. REDE NACIONAL DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS.....	68
3. EQUIPA DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO .....	70
3.1 Processo de Admissão de Utentes .....	71
3.2 Acompanhamento do Utente .....	71
3.3 Processo de Alta .....	72
4. RECURSOS MATERIAIS E DA COMUNIDADE .....	73
CONCLUSÃO .....	75
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	76
ANEXO I – Avaliação de Reabilitação	
ANEXO II – Imagens dos Registos em Sclínico e GestCare	

## INTRODUÇÃO

Em 2008 o Sistema Nacional de Saúde, em particular os cuidados de saúde primários, sofreu uma reestruturação, da qual emergiu a criação de novas entidades, tais como os Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES), as Unidades de Saúde Familiar (USF), as Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) e as Unidades de Cuidados da Comunidade (UCC). Estas últimas têm como objetivos a prestação de cuidados de saúde, apoio psicológico e social a famílias e grupos vulneráveis, em situação de dependência física e funcional, contribuindo para aumentar a acessibilidade destes utentes aos cuidados de saúde.

Assim sendo, a UCC [REDACTED] procura vir a “constituir-se como um importante instrumento na resposta efetiva às reais necessidades em cuidados de saúde dos nossos cidadãos, tendo para isso, que ter capacidade de inovar e antecipar as suas respostas face aos novos desafios e solicitações que vão emergindo” (Duarte, 2014).

Esta unidade funcional, integrada no ACES de Sintra, com missão e objetivos próprios articula-se com as restantes unidades funcionantes pertencentes a este ACES, assim como com instituições e parceiros comunitários, procurando desenvolver e/ou potenciar as capacidades da população na gestão das situações de saúde e sociais e na adoção de estilos de vida saudáveis. A equipa de enfermagem de reabilitação encontra-se integrada nesta unidade partilhando assim dos seus objetivos e missão.

Do diagnóstico de situação realizado e de acordo com a equipa de enfermagem de reabilitação que nos acolheu, foi identificada a necessidade da existência de um documento orientador para futuros estudantes da especialidade de enfermagem de reabilitação. Assim elaborámos o presente manual, cujo objetivo é contribuir para o processo de integração dos mesmos.

Assim sendo, o presente documento inicia-se com uma pequena descrição da comunidade que recorre aos serviços desta unidade, seguida da explicitação da organização e funcionamento da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) e da UCC [REDACTED]. Posteriormente é apresentada a estrutura e organização da equipa de reabilitação, procurando ainda descrever as principais atividades realizadas e recursos disponíveis.

## 1. CENTRO DE SAÚDE DO [REDACTED]

O Centro de Saúde do [REDACTED] está inserido no ACES de Sintra, criado pelo Decreto-Lei n.º 28/2008 de 22 de Fevereiro, e é composto por três Unidades de Saúde Familiar ([REDACTED]), duas Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados ([REDACTED]) e uma a Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) [REDACTED].

- UCSP [REDACTED]  
[REDACTED]  
Telefones: 21 [REDACTED] (telefonista); 21 [REDACTED] (secretaria); 21 [REDACTED]  
Fax: 21 [REDACTED]  
Coordenadora Médica [REDACTED]
- USF [REDACTED]  
[REDACTED]  
Coordenadora Médica [REDACTED]
- UCSP de [REDACTED]  
[REDACTED].  
Telefones: 21 [REDACTED]; 21 [REDACTED]; 21 [REDACTED] (telefonista)  
Fax: 21 [REDACTED]  
Coordenador Médico [REDACTED]
- USF [REDACTED]  
[REDACTED]

Telefone: 21 [REDACTED]

Fax: 21 [REDACTED]

Coordenador Médico [REDACTED]

- USF de [REDACTED]

[REDACTED]

Telefones: 21 [REDACTED] (telefonista)

Fax: 21 [REDACTED]

Coordenador Médico [REDACTED]

<p style="text-align: center;">UCC [REDACTED]</p> <p>Situa-se no 1º andar das instalações [REDACTED]</p> <p>Telefone: 21 [REDACTED]</p> <p>Fax: 21 [REDACTED]</p>
---

## 1.1 Caracterização da Comunidade

O Centro de Saúde do [REDACTED] abrange as juntas de freguesia [REDACTED], servindo cerca de 72 432 mil habitantes, sendo as crianças, mulheres em idade fértil e idosos a população que em maior número recorre a esta instituição. Em termos de caracterização, a população é predominantemente de classe social média-baixa e raça caucasiana, no entanto, cada vez mais, está a aumentar a procura de cuidados por parte de populações de outras etnias, nomeadamente, oriundas dos “Palop”, dos países da Europa de Leste, Brasil e da etnia cigana.

## 1.2 Organização e Funcionamento da UCC [REDACTED]

A UCC [REDACTED] funciona de 2ª a 6ª feira das 8:00 às 20:00 e aos fins de semana e feriados das 9:00 às 17:00.

A unidade tem como objetivos: melhorar a qualidade dos cuidados prestados na comunidade aos grupos de maior risco e vulnerabilidade, através da promoção da saúde, prevenção da doença e adoção de estilos de vida saudáveis, melhorar a acessibilidade aos cuidados de saúde e aumentar a satisfação da comunidade, bem como dos profissionais.

Por forma a dar uma resposta atempada e adequada, tendo por base os objetivos traçados e o diagnóstico de situação da população abrangida pela área de intervenção da unidade, optou-se por criar duas equipas: a Equipa de Intervenção Comunitária e a Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI). A primeira dá resposta às áreas de promoção da saúde e prevenção da doença estando dirigida a grupos e a segunda mais direccionada à pessoa dependente, família e cuidadores no âmbito da RNCCI.

## 2. REDE NACIONAL DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS

A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, criada pelo Decreto-Lei n.º 101/2006 de 6 de Junho, é constituída por unidades e equipas de cuidados continuados de saúde e/ou apoio social e de cuidados e ações paliativas (Figura 1).



FIGURA 1 CONSTITUIÇÃO DA RNCCI

Os utentes são referenciados para a RNCCI antes da alta hospitalar através das Equipa de Gestão de Altas ou pelas equipas prestadoras de cuidados continuados integrados (conforme disposto no Decreto-Lei supracitado). É realizada uma avaliação médica, de enfermagem e social, preenchida a Escalas de Morse, Risco de diabetes e Braden, e o Instrumento de Avaliação Integrada (IAI), que constam do sistema informático Gestcare, estando acessível a toda a equipa de saúde.

Esta informação é recebida pela Equipa Coordenadora Local (ECL), que no caso da UCC Cacém Care se encontra sediada em Massamá, e é enviada para a Equipa Coordenadora Regional (ECR), que de acordo com a situação do utente delibera o internamento numa das três tipologias de unidade ou acompanhamento pela equipa de cuidados continuados integrados da área de residência do utente, este processo encontra-se esquematizado na Figura 2.

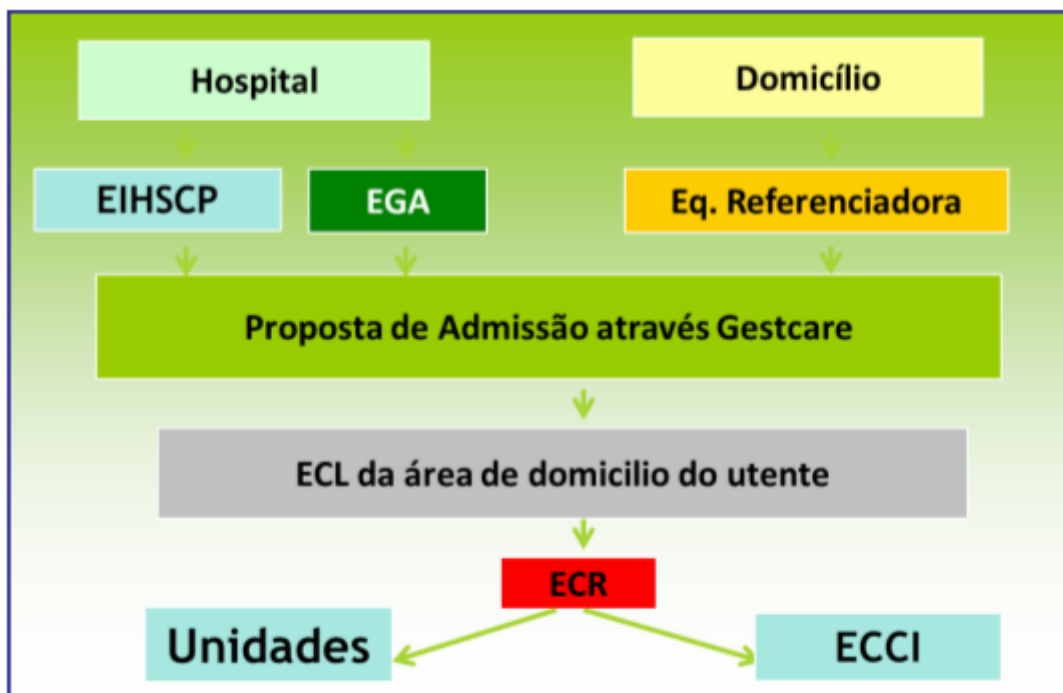


FIGURA 2. CURCUITO DO UTENTE NA RNCCI



### 3. EQUIPA DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

A ECCI, da qual faz parte a equipa de enfermagem de reabilitação, funciona com a metodologia de trabalho Enfermeiro Gestor de Caso (EGC) e tem capacidade para 60 utentes.

Estes, na sua maioria idosos, com patologias do foro respiratório, neurológico (acidente vascular cerebral), síndromes demenciais e fraturas do colo do fémur, aquando da alta hospitalar são referenciados para ECCI da área de residência. Quando existe a necessidade de cuidados de reabilitação são acompanhados pelas enfermeiras de reabilitação ou pela fisioterapeuta.

O Enfermeiro Coordenado da ECCI (Enf.<sup>a</sup> [REDACTED]), que pertencente à equipa reabilitação, é o dinamizador de todo o processo, funcionando como elo de ligação entre os elementos da equipa multidisciplinar, nomeadamente, médico, Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER)/ fisioterapeuta, psicólogo, técnico de serviços sociais e recursos da comunidade. Esta comunicação, e de acordo com as características e dinâmica da equipa, tem maioritariamente um carácter informal, no entanto, sempre que a situação assim o exija são realizadas reuniões com os elementos da equipa. Todas as decisões tomadas são registadas no processo clínico do utente e são registadas na plataforma GestCare.

Esta ECCI é assim constituída por: seis enfermeiros, dois dos quais EEER, uma fisioterapeuta, uma técnica de serviços sociais e uma psicóloga, o corpo médico pertence às diferentes unidades que constituem o Centro de Saúde do Cacém.

Após o ingresso dos utentes na ECCI é realizada uma visita domiciliária, nas primeiras 24 horas, pelo EGC. Quando surge uma situação que careça de observação por parte da equipa de reabilitação (de acordo com informação enviada pela RNCCI ou observação realizada pelo EGC) é feita a ligação com a equipa de enfermagem de reabilitação/fisioterapeuta.

Na primeira visita da equipa de enfermagem de reabilitação é realizada uma avaliação do utente e do ambiente, de modo a complementar a informação enviada pela rede. É ainda preenchido o documento “Avaliação de Reabilitação” (ANEXO I) e são validadas as necessidades e objetivos da pessoa e família/cuidador.

Após o primeiro contato e elaboração do plano de reabilitação, é feita a programação dos diagnósticos de enfermagem (no qual deve constar o preenchimento da escala de Morse e de Barthel) e respetivas intervenções no programa informático Sclínico, assim como a nota de admissão na plataforma GestCare. Mensalmente deve ser feita uma reavaliação do plano de intervenções, com ajuste de objetivos, caso de aplique, na plataforma da RNCCI, sendo o instrumento preconizado para a avaliação dos resultados do autocuidado, a escala de Barthel. No ANEXO II podem ser visualizadas as imagens referentes aos processos de registo e programação do Sclínico e Gestcare.

### **3.1 Processo de Admissão de Utentes**

De acordo com os objetivos traçados para a pessoa, o enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação é autónomo na planificação dos cuidados. Estes são realizados no período da manhã, e contemplam todas as áreas de intervenção, sejam elas sensoriomotoras, respiratórias, de eliminação, alimentação, cognitiva e ensinos aos utentes e cuidadores. O período da tarde é reservado à realização dos registos de enfermagem, no sistema informático SClínico e em suporte papel, assim como para articular com outros elementos da equipa/recursos comunitários.

### **3.2 Acompanhamento do Utente**

Apesar dos registos serem realizados numa plataforma informática, por ausência de dispositivos móveis com ligação à internet e intranet tornou-se necessário a criação de um processo em papel que possa ser transportado para o contexto da prestação de cuidados. Assim o processo do utente, deve

ser aberto no momento em que este entra em ECCI e é dividido em quatro partes:

- Ficha de identificação do utente (impressa do sistema SINUS).
- Informação proveniente da RNCCI: Instrumento de Avaliação Integrada (IAI); Avaliação médica, de enfermagem e dos serviços sociais; Escalas de Morse, de Risco de Diabetes e Braden.
- Documento “Avaliação de Reabilitação.
- Folhas de registo.

Se o utente apenas carecer de acompanhamento pela equipa de enfermagem de reabilitação, o processo deverá ser guardado nos arquivos identificados como REABILITAÇÃO, sempre que o utente necessite de cuidados prestados pela restante equipa de enfermagem este documento deve permanecer nas pastas de arquivo desta equipa e de acordo com a periodicidade das visitas.

### **3.3 Processo de Alta**

O utente pode ter alta por parte da equipa de reabilitação nas seguintes situações: melhoria do seu estado tendo sido atingidos os objetivos traçados, internamento em instituições de saúde, recusa de tratamento ou óbito. Em todos estes casos deve ser realizado o respetivo registo no processo físico do utente e na plataforma informática GestCare. No sistema informático Sclínico deverá ser dado termo a todas as intervenções e preenchida a escala de Barthel.

A informação deve também ser transmitida ao EGC, que de acordo com as situações mantém o seguimento pela equipa de cuidados gerais ou preenche o IAI dando também alta da RNCCI.

#### 4. RECURSOS MATERIAIS E DA COMUNIDADE

O principal recurso existente é a imaginação que torna os objetos do dia-a-dia em dispositivos médicos utilizados nos exercícios de reabilitação, para além desta capacidade existem disponíveis 2 pares de canadianas, 1 tripé, uma cadeira de rodas e 2 pares de pesos. Por serem escassos os recursos materiais existentes, estes devem ser geridos de forma refletida de acordo com as necessidades dos utentes.

Estão aqui também incluídas todas as “forças vivas” da comunidade que, de alguma forma, podem contribuir para a saúde da população.

**Escolas Públicas:** Jardins-de-infância, Escolas Básicas do 1º, 2º e 3º Ciclo, Escolas Secundárias.

##### **Instituições:**

- Juntas de Freguesia [REDACTED]
- Centros Sociais e Paroquiais de [REDACTED]
- Cruz Vermelha Portuguesa.
- INSERIR
- Bombeiros Voluntários do [REDACTED]
- APADP [REDACTED]
- Câmara Municipal de Sintra
- Centro Regional de Segurança Social de Sintra
- Hospital Fernando Fonseca

##### **Instituições de Apoio domiciliário – Higiene e Alimentação:**

- ARPIAC [REDACTED]
- PROBEM
- ARPIMS [REDACTED]
- URPITMA [REDACTED]
- CERCITOP
- CECD [REDACTED]

- Centro Social Baptista

**Voluntários:**

- Associação de Voluntários Coração Amarelo

## CONCLUSÃO

Quando ingressamos num novo local de trabalho, ainda que numa passagem limitada no tempo, como é o caso dos ensinamentos clínicos, deparamo-nos com uma série de informação nova e métodos de trabalho diferentes que tornam os primeiros dias mais difíceis e confusos, onde a energia é muito canalizada para assimilar procedimentos e conhecimentos novos.

A criação de um manual de integração procura facilitar este processo, reduzindo o tempo de adaptação, aumentando assim o período despendido na aquisição de outras competências, tornando-nos mais despertos para outras situações e otimizando o processo de aprendizagem.

Na elaboração deste manual procuramos compilar a informação mais pertinente e espelhar a metodologia de trabalho utilizada pela equipa de enfermagem de reabilitação.

A informação aqui presente foi submetida a escrutínio por parte da equipa de enfermagem de reabilitação desta unidade, e diz respeito aos procedimentos e métodos de trabalho praticados no ano de 2016.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Decreto-Lei n.º 28/2008 de 22 de Fevereiro do Ministério da Saúde (2008). Diário da República Série I, n.º 38. Acedido a 11-10-2016. Disponível em: <https://dre.pt/application/file/247597>

Decreto-Lei n.º 101/2006 de 6 de Junho do Ministério da Saúde (2006). Diário da República Série I - A, n.º 109. Acedido a 11-10-2016. Disponível em: <https://dre.pt/application/file/354005>

Duarte, A. P. (2014). Manual de Integração UCC [REDACTED].

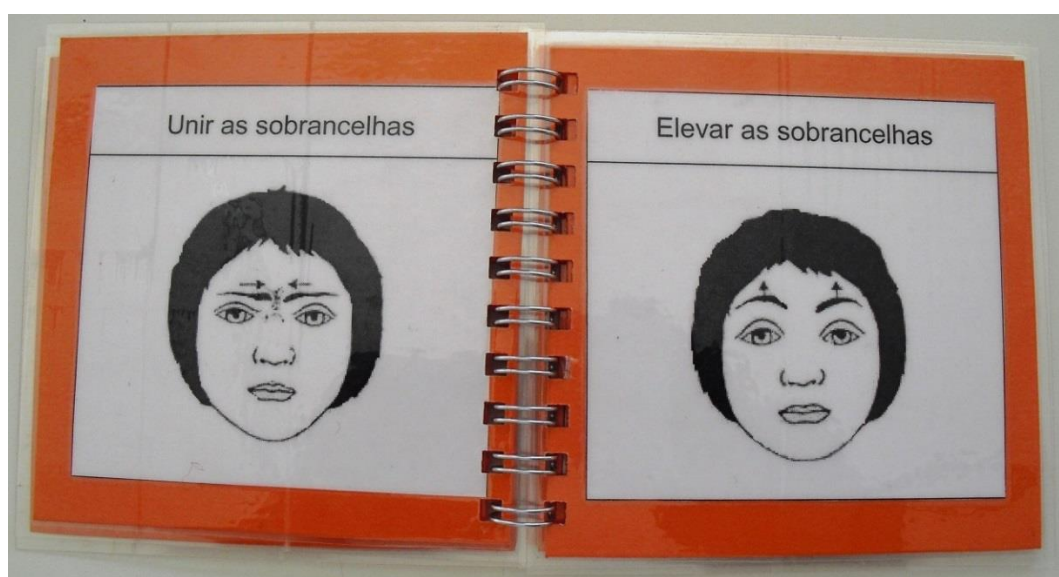
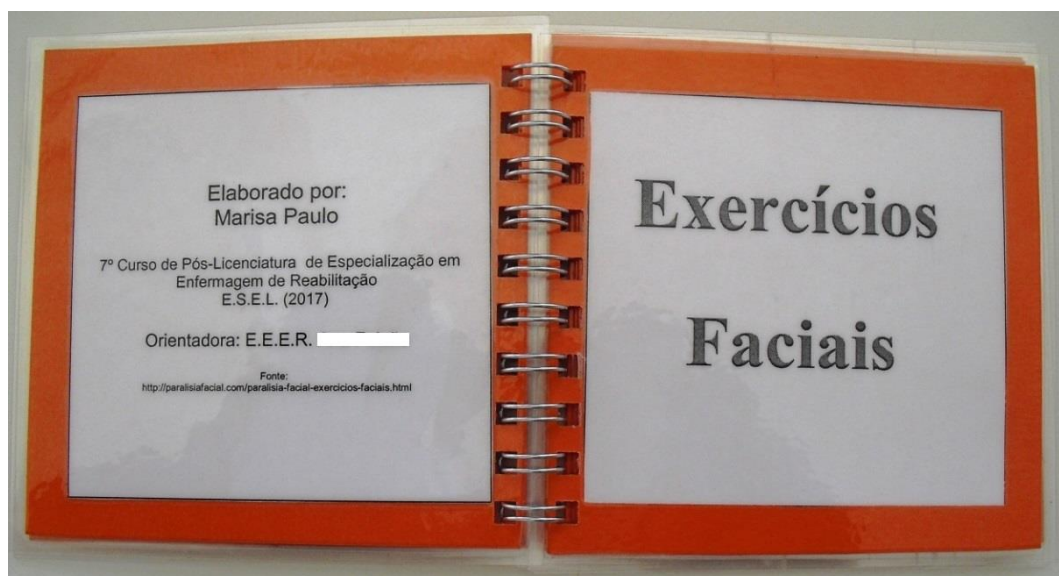
Marques, S. & Lousada, H. (2006). Manual de Acolhimento a Colaboradores Agrupamentos de Centros de Saúde de Sintra. Lauro, Cláudia (coord.).  
Massamá: ACES Sintra.

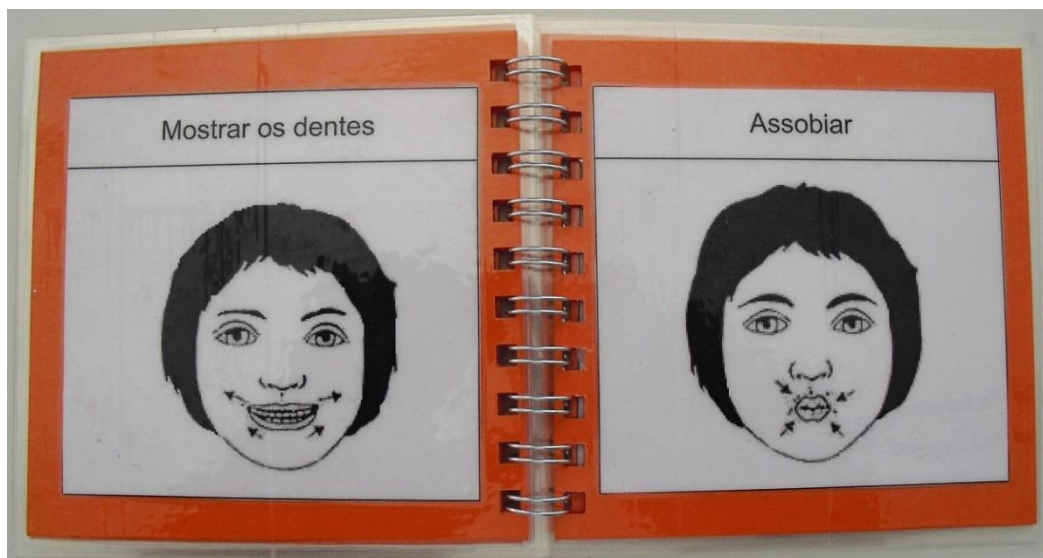




## **APENDICE V – LIVRO DE EXERCÍCIOS FACIAIS**







Fonte: <http://paralisiafacial.com/paralisia-facial-exercicios-faciais.html>

## **APÊNDICE VI – AVALIAÇÕES ENSINO CLÍNICO**





ANEXO II

6º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM – ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM  
DE REABILITAÇÃO

APRECIAÇÃO DO PERCURSO DE AQUISIÇÃO/DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Estudante: Maria Helena da Silva Paulo

Local de Estágio: Unidade de Saúde da Família - 13000 Início: 26/9/2016 Fim: 24/11/2016

Orientador: Dr. António Augusto da Silva

A estudante apresenta grande facilidade de integração tanto na dinâmica da equipa como no contexto de trabalho. Manejou sempre as competências científicas, técnicas e humanas necessárias à prestação de cuidados especializados de enfermagem de reabilitação às pessoas com problemas de incapacidade, limitação de atividade e barreiras de participação encontradas no percurso de estágio em contexto domiciliário. Demonstra conhecimentos aplicando os mesmos oportunamente na prestação de cuidados especializados, seguros e competentes. Avalia situações de risco, interveio no processo de adaptação do doente. Estabelece programas de intervenção de enfermagem de reabilitação com o doente e família (monitorizar o arador). Contribuiu com a sua formação profissional para a melhoria dos cuidados prestados pela equipa. A estudante tem sempre em linha orientadora o seu projeto de estágio adaptando-o e aplicando-o conforme as necessidades identificadas no doente e no contexto específico do domicílio. Pelo percurso apresentado pela estudante, entendeu-se a aquisição e desenvolvimento de competências avaliadas na escala com HSBOM - 18 valores.

DATA: 22/11/2016

ASSINATURAS:	ORIENTADOR ESEL	ORIENTADOR ESTÁGIO	ESTUDANTE
	<u>M.º Ceisá</u>		<u>Maria Paulo</u>

ANEXO II

7º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM – ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM  
DE REABILITAÇÃO

APRECIÇÃO DO PERCURSO DE AQUISIÇÃO/DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Estudante: Maria Selma de Silva Paul.

Local de Estágio: [Redacted] Início: 7/12/2016 Fim: 3/2/2017

Orientador: [Redacted]

- A emp<sup>a</sup> Maria, ao longo deste estágio demonstrou competências na área da especialidade de enfermagem de Reabilitação, nomeadamente de Reabilitação Pediátrica, conseguindo neste estágio atingir com bastante sucesso os objetivos propostos.
- Manifestou grande interesse e motivação pela sua aprendizagem, sendo de integral no serviço, tanto na nível da equipa de enfermagem, assim como na equipa multidisciplinar.
- Tem grande espírito e pensamento crítico sobre a problemática da criança com deficiência, o que a torna bastante competente nos seus cuidados à criança e/ou familiar/cuidador.
- Por todo o seu percurso, atitude profissional e desenvolvimento, atribuiu a minha classificação como Muito Bom!

DATA: 3/2/2017

ASSINATURAS:

ORIENTADOR ESEL

ORIENTADOR ESTÁGIO

ESTUDANTE

[Redacted]

[Redacted]

Maria Paul